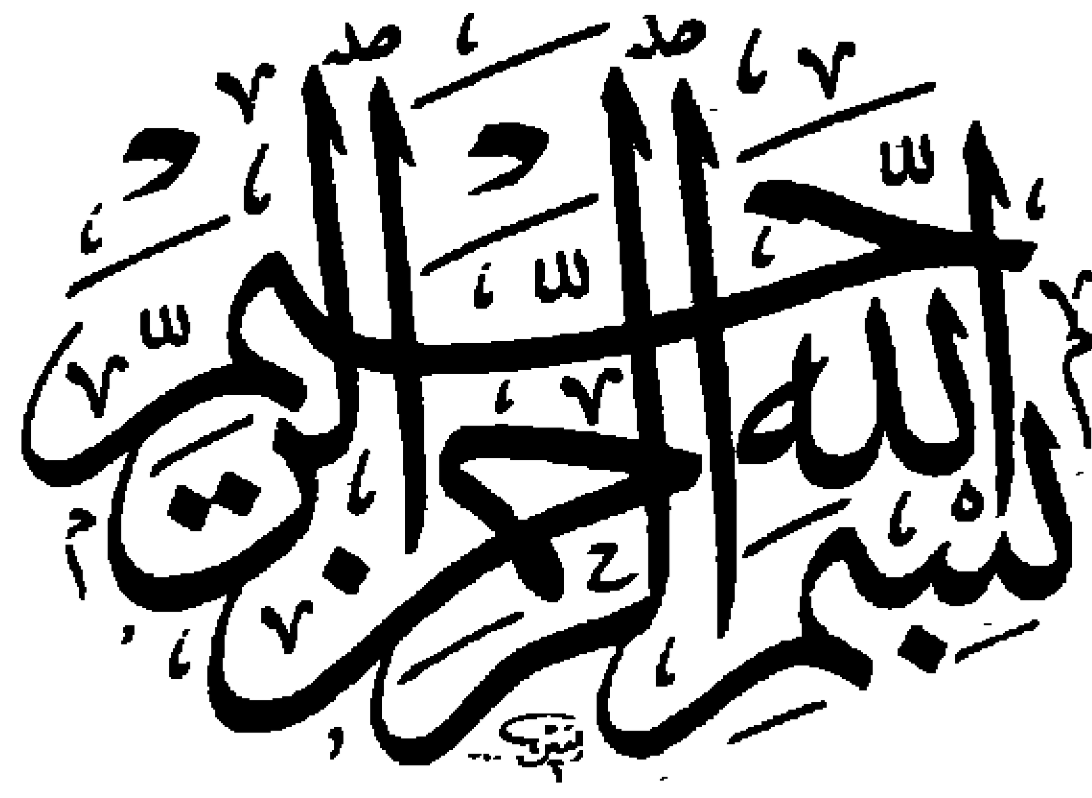
ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم





د. فاطمة عبد الرحيم النوايسة

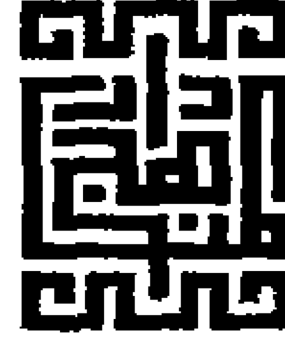


ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم

الطبعة الأولى

1434هـ 2013 م



دار المناهج للنشر والتوزيع

عمان، شارع الملك حسين، بناية الشركة المتحدة للتأمين

هاتف4650624 فاكس 4650664 6 9626+

ص.ب 215308 عمان 11122 الأردن

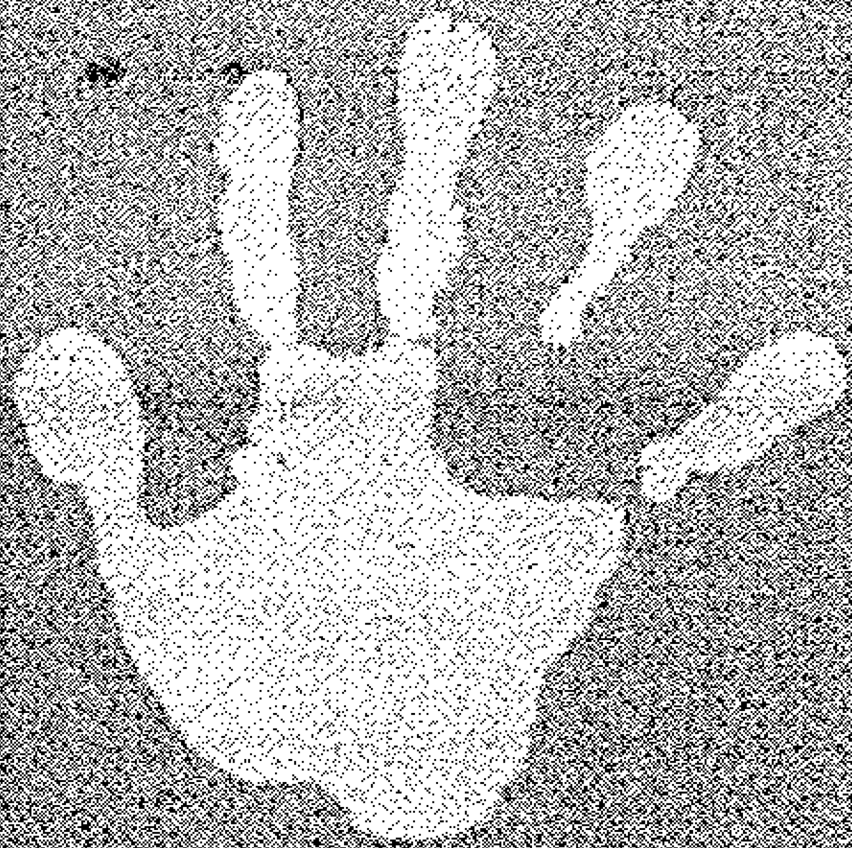
Dar Al-Manahej
Publishers & Distributor

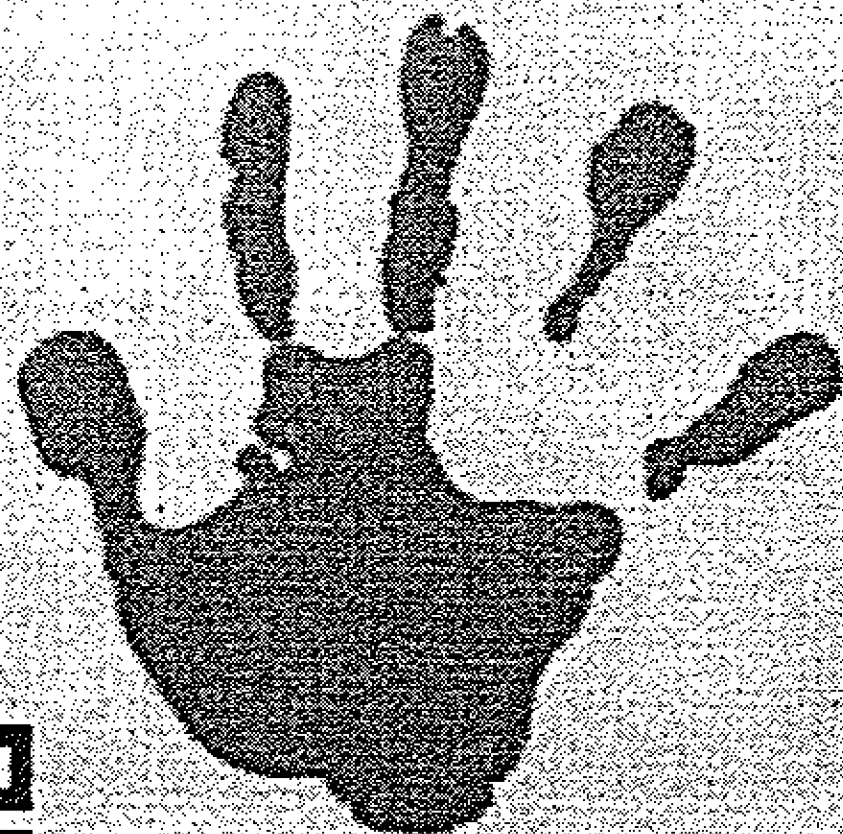
Amman-King Hussein St.
Tel 4650624 fax +9626 4650664
P.O.Box: 215308 Amman 11122 Jordan
www.daralmanahej.com
info@daralmanahej.com
manahej9@hotmail.com

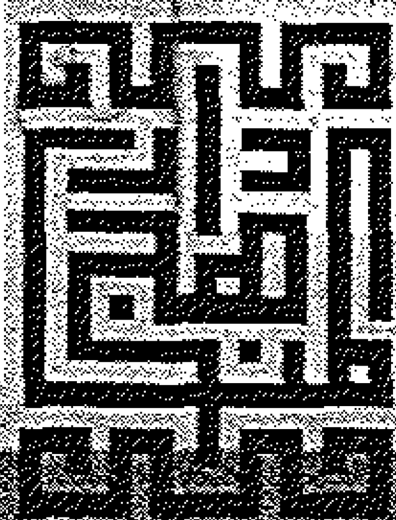
ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم

د. فاطمة عبد الرحيم النوايسة







المملكة الأردنية الهاشمية
دائرة المكتبة الوطنية

٣٦٢.٢

النوايسة، فاطمة عبد الرحيم

ذوو الاحتياجات الخاصة: التعرف عليهم وإرشادهم فاطمة عبد الرحيم النوايسة

عمان: دار المناهج للنشر ٢٠١٠

رقم الإيداع: ١٦٧٦/٥/٢٠١٠

الواصفات: رعاية المعوقين/ الخدمات الاجتماعية

المحتويات

الفصل السابع
الإعاقة الجسمية والحركية

الفصل الثامن
اضطرابات النطق واللغة

الفصل التاسع
اضطراب التوحد

الفصل العاشر
صعوبات المتعلم

الفصل الحادي عشر
إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وذويهم

مقدمة الكتاب

تعد تربية وإرشاد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة ضرورة ملحة من خلال التعرف خصائصهم واهتماماتهم وبالتالي توفير البرامج الوقائية والعلاجية المناسبة لهم. والتربية الخاصة التي تعنى بهذه الفئة تتضمن الخدمات والبرامج التربوية العديدة خاصة منها: الاهتمام بطرق تدريسهم وإرشادهم وأية أنشطة تقدم لهم من شأنها مساعدتهم على التكيف.

وقد جاءت فكرة الكتاب من خلال الملاحظات العديدة التي رصدتها المؤلفة من خلال تعاملها مع الطلبة العاديين والطلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس لتساهم في إثراء المكتبة العربية في موضوع هذه الفئة التي غالباً ما يتم تجاهلها خاصة في المدارس الحكومية وعلى مختلف الصعوبات التي تعاني منها.

وقد عالج الكتاب في **الفصل الأول** المفاهيم المتعلقة بالتربية الخاصة، والصعوبات والإعاقات بشكل عام، الفرق بين التشخيص التربوي والطبي للإعاقات بشكل عام. كما عالج الفصل البرامج التي تقدمها التربية الخاصة بالإضافة إلى الأسس والأهداف التي تسعى التربية الخاصة لتحقيقها.

في **الفصل الثاني** فقد تناولت المؤلفة موضوع الإعاقة العقلية التي بالرغم من الجهود العديدة التي قام بها علماء النفس والأطباء لتشخيص أسبابها إلا أن بعض الحالات منها ما تزال مجهولة الأسباب.كما تم تناول تعريفات ومفاهيم وأسباب وتصنيفات وأنواع، ومشكلات الإعاقة العقلية المختلفة. وتناول الفصل كذلك البرامج الوقائية والعلاجية التي تقدم من أجل الحد من انتشار هذه الإعاقات، سواء كانت برامج إرشاد مهني أو نفسي أو تربوي.

وفي **الفصل الثالث** فقد تم التركيز على موضوع الإعاقة الانفعالية من حيث التعريف وتصنيف الإعاقة وأسبابها، والنظريات المفسرة لها وكذلك خصائص المضطربين انفعالياً. والبرامج التي تقدم لهم على صعيد المدرسة من خلال البرامج داخل غرفة الصف أو البرامج النفسية من خلال العلاج النفسي والمهني بالإضافة إلى الخدمات الطبية العلاجية.

أما الفصل الرابع فقد ركز على الاضطراب النفسي لدى شريحة مهمة وهم الأطفال من حيث مقارنة المهارات الست الأساسية لمراحل التعلم والتطور بين الأطفال العاديين والأطفال المضطربين نفسياً، بالإضافة إلى الصحة النفسية وأعراضها عند الأطفال كالاكتئاب و متلازمة توريت، والتبول اللاإرادي وخلل الانتباه، والاتصال الرمزي(غير الكلامي) ودور كل من العائلة والمؤسسات الأخرى في مساعدة هؤلاء الأطفال.

في الفصل الخامس تم تناول الإعاقة البصرية من حيث التعريف والملامح وتطور الإعاقة ومظاهر الإعاقة وأسبابها وأنواعا وكذلك البرامج والإرشادات التي تقدم لذوي الإعاقة البصرية لمساعدتهم على التنقل، بالإضافة للبرامج النفسية والتربوية التي تساعدهم على التكيف.

في الفصل السادس. فقد ركزت المؤلفة على أهمية حاسة السمع ومكونات الأذن كمقدمة للتعرف على الإعاقة السمعية من حيث التعريف والتصنيف والأسباب وقياس وتشخيص الإعاقة ونسبة انتشارها، والخصائص النفسية والجسمية والحركية و والاجتماعية لذوي الإعاقة السمعية كما تم تناول خطورة هذه الإعاقة وعلاقتها بوظائف اكتساب اللغة. كما تناول الفصل طرق تشخيص وقياس الإعاقة بالإضافة إلى الخدمات التربوية التي تقدم لذوي الإعاقة السمعية.

وفي الفصل السابع. فقد تناولت المؤلفة الإعاقة الحركية والجسمية من حيث التعريف، وأشكال الإعاقة وأسبابها، وتصنيفها وطرق الوقاية منها. كما تناول الفصل خصائص الأفراد ذوي الإعاقة الحركية والجسمية الاجتماعية والجسمية والتربوية.

في الفصل الثامن فقد تم تناول اضطرابات النطق واللغة حيث استهل الفصل بالحديث عن اللغة من حيث المفهوم والأشكال ونظرياتها ومراحل اكتسابها والعوامل المؤثرة في النمو اللغوي عند الفرد. ثم تم التطرق لموضوع اضطرابات النطق والكلام من حيث تصنيفها وأسبابها. كما تم التركيز على علاقة الإعاقة العقلية بكافة أشكالها باضطرابات اللغة وعلاج اضطرابات اللغة عند ذوي الإعاقة العقلية. وقد تم التركيز كذلك على الإجراءات التدريبية للأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق ودور كل من المعلم والأسرة في مساعدة الفرد الذي يعاني من اضطرابات النطق واللغة.

في الفصل التاسع. تم تناول موضوع أصبح واسع الانتشار في الوقت الحالي وهو اضطراب التوحد، من حيث التعريف ونسبة الانتشار والأعراض والأنواع والأسباب

ومشاكل التطور عند الطفل المتوحد.كما تناول الفصل الأمراض التي تختلط مع اضطراب التوحد والفروق بين التحد والتخلف الفكري والحبسة الكلامية. كما تناول الفصل أساليب تشخيص اضطراب التوحد وتقييم التطور الفكري والحركي للطفل المتوحد. وركز الفصل على العلاجات المساعدة في تخفيف حدة الاضطراب كالتدخل الطبي والعلاجي والنفسي كالعلاج السلوكي والعلاج بالموسيقى بالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، وأساليب التكامل والتواصل.

في **الفصل العاشر**. تم تناول موضوع صعوبات التعلم وهو موضوع شائع لدى الطلبة خاصة في المدارس. وقد عاج الفصل مفهوم صعوبات التعلم، والنظريات المفسرة لصعوبات التعلم. كما عالج الفصل الفروق بين صعوبات التعلم وبطء التعلم والتخلف العقلي من حيث الأعراض وإمكانية التدريب والعلاج. كما تناول الفصل المحكات التشخيصية في التعرف على الأطفال ذوي صعوبات التعلم.وتناول الفصل أسباب صعوبات التعلم وبعض أنواع صعوبات التعلم، كما تم تناول خصائص المتعلم وأنواع التعلم، وكذلك خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم الفكرية والمعرفية والاجتماعية، والنفسية والانفعالية، وكذلك الأساليب المقدمة لعلاج صعوبات التعلم منها التحاق الطالب بغرفة مصادر التعلم وتعليمة وفق برامج متطورة وعلمية تتناسب مع كل صعوبة كعلاج صعوبة التذكر السمعي والبصري وتكوين المفهوم.

في **الفصل الأخير (الحادي عشر)** تم تناول إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرهم، حيث استهل الفصل بالحديث عن إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث تم تناول تعريف عملية الإرشاد النفسي، وخصائص الإرشاد، وأسس الإرشاد وكذلك نظريات الإرشاد والأساليب العلاجية والإرشادية التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة، بالإضافة إلى المهام التي توكل لمرشد ذوي الاحتياجات الخاصة والخطط العلاجية التي تنفذ مع الإعاقات المختلفة كالإعاقة العقلية، والإعاقة السمعية والإعاقة البصرية.

الفصل الأول

1

التربية الخاصة

مقدمة

إن مفهوم "التربية الخاصة" أصبح اليوم من المصطلحات غير المحببة التي يفضل استبدالها بالمصطلح "ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة". إن التربية الخاصة تفهم على أنها تربية معزولة للأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي بسبب إعاقات واضحة، عقلية أو جسدية، في مؤسسات مغلقة كمصحات أو مدارس خاصة، أي خارج التعليم العادي. أما المصطلح الجديد أو المستحدث، فإنه يضم في طياته مجموعة أكبر من الأفراد الذين يعانون من تأخر تربوي لأسباب تتعدى الإعاقات الشائعة، وهذه الأسباب على ما يبدو تمنع تطور الفرد الطبيعي. وهذه المجموعة (ذوو الاحتياجات التربوية الخاصة) تحتاج إلى دعم إضافي من المدرسة التي عليها تبني منهجية تربوية جديدة تساعد في التعامل مع الاحتياجات التربوية للطلاب، سواء في مجال القوى العاملة أم التجهيزات التقنية.

وتربية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة تعد من الموضوعات التي تؤكد على ضرورة الاهتمام بذوي الاحتياجات الخاصة، وتكييف المناهج، وطرق التدريس الخاصة بهم، بما يتواءم واحتياجاتهم، وبما يسمح بدمجهم مع ذويهم من التلاميذ العاديين في فصول التعليم العام، مع تقديم الدعم العلمي المكثف لمعلمي التربية الخاصة ومعلمي التعليم العام، بما يساعدهم على تنفيذ استراتيجيات التعليم سواء للطلاب الموهوبين أو ذو الإعاقات المختلفة.

لقد شهد العقد الحالي تطوراً هائلاً في مجال الاهتمام بالإعاقة. ونشطت الدول المختلفة في تطوير برامجها في مجال الإعاقة لأن الاستجابة الفعالة لمشكلة الإعاقة يجب أن تتصف بالشمولية، بحيث لاتهتم ببعض الجوانب المتعلقة بهذه المشكلة وتغفل جوانب أخرى، وبشكل يكون فيه لبرامج الوقاية من الإعاقة أهمية متميزة نظراً لأنها تمثل إجراءً مبكراً يقلل إلى حد كبير من وقوع الإعاقة ويختصر الكثير من الجهود المعنوية والمادية اللازمة لبرامج الرعاية والتأهيل

تعريف التربية الخاصة

عرف التربية الخاصة بأنها نمط من الخدمات والبرامج التربوية تتضمن تعديلات خاصة سواءً في المناهج أو الوسائل أو طرق التعليم استجابة للحاجات الخاصة لمجموع الطلاب الذين لا يستطيعون مسايرة متطلبات برامج التربية العادية. وقد عرفها وبستر webster على أنها عبارة عن تلك النظم والسياسات التعليمية السائدة في المجتمع لكنها تقدم بطريقة غير عادية لأفراد غير عاديين يحتاجون إلى كل أنواع الرعاية والمساعدة من المجتمع الذي يعيشون فيه. كما عرفت على أنها: عبارة عن مجموعة من النظم التعليمية والخدمات الخاصة التي تقدم إلى مجموعة معينة أو فئة معينة من الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى كل مساعدة ممكنة لمساعدتهم على التكيف.

ولقد عرف **تونبكين وكولاتا** (2003) التربية الخاصة على أنها مجموعة من البرامج التربوية المتخصصة والأساليب المنظمة التي تقدَّم للطلاب ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، وجلبهم للتكيف العام وتحقيق الذات. وتهدف التربية الخاصة كمجال إلى التعرف على الطلاب من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة، وإعداد البرامج التربوية والتعليمية المناسبة، مصحوبة بالوسائل التعليمية التي تساعد على التأهيل والتطور.

وتتضمن التربية الخاصة عدة مفاهيم:

مفاهيم في التربية الخاصة

الضعف Impairment

وهو مفهوم يشير إلى محدودية الوظيفة وبخاصة الحالات التي تعزى للعجز والحسي كالضعف السمعي أو الضعف البصري.

العجز Disability

وهو مفهوم يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي

نتيجة وجود الضعف. وغالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية.

الإعاقة Handicap

يستخدم هذا المفهوم عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو السلوك الاجتماعي (ولذلك نقول : اضطراب لغوي أو اضطراب تعلمي).

الحالات الخاصة Exceptionalities

وهذا المفهوم أوسع من المفاهيم السابقة حيث إنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداؤهم عن أداء الآخرين (لمعوقين وإنما يشتمل على الذين يكون أداؤهم أحسن من أداء الآخرين (الموهوبين والمتفوقين)

إن خدمات التربية الخاصة تقدم لجميع فئات الطلاب الذين يواجهون صعوبات تؤثر سلبياً على قدرتهم على التعلم، كما أنها تتضمن أيضاً الطلاب ذوي القدرات والمواهب المتميزة.

وتشمل خدمات التربية الخاصة الفئات الرئيسة التالية :

-الموهبة والتفوق Giftedness and Talent

- الإعاقة العقلية Mental' Handicap

- الإعاقة السمعية Hearing Impairment

-الإعاقة البصرية (Visual Impairment)

- الإعاقة الحركية Physical Impairment

- الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment

- التوحد Autism

اضطرابات النطق أو اللغة Speech and Language Disorders

تعدد العوق:

هو وجود أكثر من عوق لدى التلميذ من الاعاقات المصنفة ضمن برامج التربية الخاصة مثل الصمم وكف البصر، أو التخلف العقلي والصمم، أو كف البصر والتخلف العقلي والصمم. الخ، تؤدي إلى مشاكل تربوية شديدة لا يمكن التعامل معها من خلال البرامج التربوية المعدة خصيصاً لنوع واحد من أنواع العوق.

التلميذ العادي : هو الذي لا يحتاج إلى خدمات التربية الخاصة.

التلميذ غير العادي: هو التلميذ الذي يختلف في قدراته.

العقلية أو الحسية أو الجسمية والصحية أو التواصلية أو الأكاديمية اختلافاً يوجب تقديم خدمات التربية الخاصة.

التلميذ المعاق : هو كل تلميذ لدية قصور كلي أو جزئي بشكل مستديم في قدراته العقلية أو الحسية أو الجسمية أو التواصلية أو الأكاديمية أو النفسية إلى الحد الذي يستوجب تقديم خدمات التربية الخاصة.

القابلون للتعلم

وتتراوح درجة ذكائهم مابين 75-55 درجة تقريبا على اختبار وكسلر، أو 73-52 درجة تقريبا على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

القابلون للتدريب

وتتراوح درجة ذكائهم مابين 54-40 درجة تقريبا على اختبار وكسلر، أو 51 - 36 درجة تقريبا على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

الفئة الاعتمادية

وتكون درجة ذكائهم أقل من 40 درجة على اختبار وكسلر، أو 36 درجة تقريبا على اختبار ستانفورد بينية، أو ما يعادل أيا منهما من اختبارات ذكاء مقننة أخرى.

الموهبة والتفوق Talent and Giftedness

الشخص الموهوب والمتفوق هو الذي لديه قدرة بارزة ومتميزة عن أقرانه في مجال أو أكثر من مجالات الذكاء أو التفكير الإبداعي أو التحصيل الدراسي أو المهارات والقدرات الخاصة.

الإعاقة العقلية Mental Handicap

هي حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح (75 درجة ذكاء فما دون) يكون متلازماً مع جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية مثل : (التواصل، العناية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية.

الإعاقة السمعية Hearing Impairment

تشمل الإعاقة السمعية كلاً من الصمم والضعف السمعي، والأصم هو الفرد الذي يعاني من عجز سمعي يعيقه عن المعالجة الناجحة للمعلومات اللغوية من خلال السمع باستعمال السماعات الطبية أو بدون استعمالها، وضعيف السمع هو الفرد الذي يوجد لديه بقايا سمعية يستطيع من خلال استعمال السماعة الطبية معالجة المعلومات اللغوية بنجاح من خلال السمع.

الإعاقة البصرية Visual Impairment

الكفيف هو الشخص الذي تقل حدة إبصاره بأقوى العينين بعد التصحيح عن 60/6 مترا (20/200قدم) أو يقل مجاله البصري عن زاوية مقدارها (20) درجة.

الإعاقة الحركية Physical Impairment

وهم الأطفال الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي، مما يستدعي توفير خدمات متخصصة تمكنهم من التعلم.

الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment

الطفل المضطرب هو ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير على الآخرين.

اضطراب التوحد Autism

هو اضطراب يحدث لدى الطفل قبل بلوغه سن 36 شهرا ومن مظاهره الأساسية مايلي:

أ - الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث وعدم القدرة على استخدام ما تعلمه و ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين.

ب - الانطواء وانعزال وعدم المقدرة على تكوين علاقات عادية مع الآخرين.

ج - وجود سلوكيات نمطية غير هادفة ومتكررة بشكل واضح.

صعوبات التعلم Learning Disabilities

وهم الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تتضمن فهم واستخدام اللغة المكتوبة أو المنطوقة والتي تبدو في اضطرابات السمع والتفكير والكلام والقراءة والتهجئة والحساب والتي لا تعود إلى أسباب تتعلق بالإعاقة العقلية أو السمعية أو البصرية أو غيرها من الإعاقات.

اضطرابات التواصل

هي اضطرابات ملحوظة في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم نمو اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة وهي نوعان

أ. اضطرابات الكلام

هي خلل في الصوت أو لفظ الأصوات الكلامية أو في الطلاقة النطقية. وهذا الخلل يلاحظ في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتصنف اضطرابات الكلام:

1- اضطرابات الصوت.

2- اضطرابات النطق.

3- اضطرابات الطلاقة.

ب. اضطرابات النطق أو اللغة Speech and Language Disorders

هي اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية أو تأخر لغوي أو عدم تطور اللغة التعبيرية أو اللغة الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة. والاضطراب يمكن أن يشمل أحد أو جميع جوانب اللغة التالية :

1- شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، القواعد).

2- محتوى اللغة (المعنى).

3- الاستخدام الوظيفي للغة (الاستخدام العملي للغة في المواقف المختلفة لتخدم أغراضاً مختلفة).

مبادئ التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على مجموعة من المبادئ العامة والتي بمجملها تركز على:

- إن تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في البيئة التربوية القريبة من البيئة العادية أمر واجب وإن التربية الخاصة تتضمن تقديم برامج تربوية فردية.

وتتضمن البرامج التربوية الفردية :

أ- تحديد مستوى الأداء الحالي.

ب- تحديد الأهداف طويلة المدى.

ج- تحديد الأهداف قصيرة المدى.

د- تحديد معايير الأداء الناجح.

هـ- تحديد المواد والأدوات اللازمة.

و- تحديد موعد البدء بتنفيذ البرامج وموعد الانتهاء منها.

- إن توفير الخدمات التربوية الخاصة للأطفال المعوقين يتطلب قيام فريق متعدد التخصصات بذلك حيث يعمل كل اختصاصي على تزويد الطفل بالخدمات ذات العلاقة بتخصصه.
- إن الإعاقة لا تؤثر على الطفل فقط ولكنها قد تؤثر على جميع أفراد الأسرة. والأسرة هي المعلم الأول والأهم لكل طفل.
- إن التربية الخاصة المبكرة أكثر فاعلية من التربية في المراحل العمرية المتأخرة. فمراحل الطفولة المبكرة مراحل حساسة على صعيد النمو ويجب استثمارها إلى أقصى حد ممكن.

الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة

أولاً: الأساس الديني

لقد أقر الدين الإسلامي مبادئ، وأسساً عامة تكفل لكافة أفراد المجتمع حياة هانئة آمنة، وتنير لهم الطّريق الّذي يجب عليه سلوكهم، والمعاقين جزء لا يتجزأ من ذلك المجتمع، وانطلاقاً من ذلك فقد اعتنى ديننا الإسلامي الحنيف بهم عناية لم يعرف تاريخ البشرية لها مثيلاً، سابقاً بذلك كافة المواثيق، والإعلانات الدولية عن حقوق الإنسان.

ثانياً: الأساس القانوني

تويتمثل في المواثيق الدولية والإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعاقين وما تضمنته من توجهات وأبعاد إنسانية، اعترافا عالمياً بحقوق المعاقين.

ثالثاً: الأساس الاقتصادي

يؤكد الأساس الاقتصادي على ضرورة الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة

والمهنية للمعاقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئاً على مجتمعهم.

رابعاً: الأساس الاجتماعي

وهو الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها، وتعليمه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا مما ساعد على ظهور الاتجاه التربوي المسمى) التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي).

الفرق بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة

هناك فروق واضحة بين أهداف التربية العامة والتربية الخاصة، وتبدو هذه الفروق واضحة بين كلاً منهما في النقاط التالية:

1- تهتم التربية العامة بالأفراد العاديين، في حين تهتم التربية الخاصة بفئات الأفراد غير العاديين.

2- تتبنى التربية العامة منهاجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي في حين تتبنى التربية الخاصة منهاجا لكل فئة، تشتق منه الأهداف التربوية فيما بعد.

3- تتبنى التربية العامة طرائق تدريسية جمعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل التعليمية المختلفة في حين تتبنى التربية الخاصة طريقة التعليم الفردي في تدريس الأطفال غير العاديين في الغالب.

4- تتبنى التربية العامة وسائل تعليمية عامة في المواد المختلفة، في حين تتبنى التربية الخاصة وسائل تعليمية خاصة بفئات الأفراد غير العاديين. مثلاً: تستخدم الخريطة في تعليم الطفل العادي، في حين تستخدم الخريطة المجسمة أو الناطقة مع الطفل للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، كما يستخدم جهاز الاويتكون (Optacon) في تدريس القراءة للمكفوفين، في حين لا يستخدم مثل هذا الجهاز في تدريس القراءة للأطفال العاديين. وتستخدم لغة الإشارة (Sign Language) في تدريس الصم، في

حين لا تستخدم مثل هذه اللغة في تدريس الأطفال العاديين. كما قد يستخدم جهاز النطق الصناعي مع الأفراد ذوي الاضطرابات اللغوية كالمعوقين عقلياً، وسمعياً، والمصابين بالشلل الدماغي، في حين لا يستخدم مع الأطفال العاديين.

ومهما يكن من فروق بين أهداف التربية الخاصة والعامة، فإن كلاً منهما يهتم بالفرد، ولكن بطريقته الخاصة. ومع ذلك فتشترك التربية العامة والخاصة في هدف مساعدة الفرد أياً كان، على تنمية قدراته واستعداداته إلى أقصى حد ممكن، والعمل على تحقيق أهدافه، وذلك من خلال توفير الظروف المناسبة لتحقيقها.

أهداف التربية الخاصة

تسعى التربية الخاصة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف هي:

1- تحقيق الكفاءة الفردية personl competence

2- تحقيق الكفاءة الاجتماعيةsocial competence

3- تحقيق الكفاءة المهنية vocational competence

ويتم تحقيق أهداف التربية الخاصة من خلال ما يلي:

- التعرف إلى الأطفال غير العاديين وذلك من خلال أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إ عدادا البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد طرائق التدريس لكل فئة من فئات التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس الخطة التربوية الفردية.
- إعداد الوسائل التعليمية والتكنولوجية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة.
- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل قدر الإمكان على تقليل حدوث الإعاقة عن طريق البرامج الوقائية.
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلاب وذلك بحسن توجيهم ومساعدتهم على النمو وفق قدراتهم واستعداداتهم وميولهم.

- تهيئة وسائل البحث العلمي للاستفادة من قدرات الموهوبين وتوجيهها وإتاحة الفرص أمامهم في مجال نبوغهم.
- تأكيد كرامة الفرد وتوفير الفرص المناسبة لتنمية قدراته حتى يستطيع المساهمة في نهضة الأمة وتطوير المجتمع الذي يعيش فيه.

استراتيجيات التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على إستراتيجيتين هامتين هما :-

1- **النظام العزلي** : ويقوم على أساس وضع هؤلاء ذوي الاحتياجات الخاصة في نمط معين (منعزل) بحيث يتيح التعامل معهم بطريقة أفضل بعيدا عن غيرهم من الأفراد العاديين.

2- **النظام الدمجي** : ويقوم هذا النظام على أساس

أ- نظام دمجي كلي

ب- دمج جزئي

ت- دمج اجتماعي تكاملي

مراحل تطور برامج التربية الخاصة

مراكز الإقامة الكاملة school Residential

تعتبر مراكز الإقامة الكاملة من أقدم برامج التربية الخاصة التي كانت ومازالت تقدم الخدمات الايوائية والصحية والاجتماعية والتربوية للأفراد المعاقين، وكان يسمح للأهالي بزيارة أبائهم في هذه المراكز.

لكن وجهت لهذه المراكز مجموعة من الانتقادات تتهم فيها هذه المراكز بعزل هؤلاء الأطفال عن المجتمع الخارجي وما يحتويه من حياة طبيعية، كما وصف أفراد هذه الفئات بأنهم منبوذون عن المجتمع.

مراكز التربية الخاصة النهارية Special Day care school

ظهرت هذه المراكز كرد فعل على ما تقدم من انتقادات لمراكز الإقامة الكاملة، والكثير من هذه المراكز يكون عملها إلى منتصف النهار تقريباً، وفي هذه الفترة يتلقى الأفراد المعاقين خدمات تربوية واجتماعية.

وتعمل هذه المراكز على إيصال هؤلاء إلى منازلهم، وهي تحافظ على بقاء الفرد المعاق في أسرته وفي الجو الطبيعي له

ووجهت لهذه المراكز أيضاً بعض الانتقادات أهمها : عدم توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة.

الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية Special classes within Regular Schools

وقد ظهرت هذه الصفوف نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى المراكز النهارية التي تعني بالتربية الخاصة، ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية، وهذه الصفوف تكون خاصة بالأفراد المعاقين في المدرسة العادية والتي لا يتجاوز عدد الطلبة فيها العشرة، حيث يتلقى هؤلاء الطلبة برامجهم التعليمية من قبل مدرس التربية الخاصة، ولهم أيضاً برامج تعليمية مشتركة مع الطلبة العاديين. والهدف من هذا البرنامج زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي بين هؤلاء الأفراد (الطلبة) المعاقين والعاديين.

وهذه الصفوف تعرضت أيضاً لمجموعة من الانتقادات أهمها صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى العادية، وكيفية تحديد المواد المشتركة بين المعاقين والعاديين.

1- الدمج الأكاديمي Mainstreming

لقد ظهر هذا الاتجاه في برامج التربية الخاصة بسبب الانتقادات التي وجهت إلى برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية، وللاتجاهات الإيجابية نحو مشاركة

الطلبة المعوقين العاديين في الصف الدراسي إلا أنه يعتبر من أهم مراحل عملية تطوير برامج التربية الخاصة.

ويعرف الدمج بأنه ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد بشرط أن يستفيد الطفل من ذلك، شريطة تهيئة الظروف المناسبة لإنجاح هذا الاتجاه. ويتضمن هذا ثلاث مراحل وهي:

1- التجانس بين الطلاب العاديين والمعاقين.

2- تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين.

3- تحديد المسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة المدرسة ومعلمين ومشرفين وجميع الكوادر العاملة.

2- الدمج الاجتماعي **Normalization**

تعتبر هذه المرحلة النهائية في تطوير برامج التربية الخاصة للمعوقين لأنها تساعد على كل ما هو إيجابي نحو المعوقين من أفراد المجتمع. ويتمثل هذا في مجال العمل من خلال توفير فرص عمل مناسبة لهم باعتبارهم أفراد منتجين في المجتمع. كذلك دمج المعاقين في الأحياء السكنية من خلال توفير سكن ملائم ومناسب لهم كأسرة مستقلة والتعامل معها على أساس حكم الجيرة وما تتطلبه من مستلزمات.

الاعتبارات التربوية التي يجب مراعاتها في التربية الخاصة

هناك مبادئ واعتبارات تربوية هامة ينبغي مراعاتها في التربية الخاصة للأطفال المعوقين وتتمثل في :

- المبدأ العام للتربية عموماً وهو التعلم عن طريقة العمل.
- تنمية معلومات الطفل عن طريق الإدراك وتدريب الحواس المتعلقة بالبصر والسمع والذوق والشم وغيرها.

- أن يكون التعليمات اللفظية واضحة وبسيطة، مع إعادتها من وقت لأخر.
- تشجيع المتخلف عقلياً بالتعبير عن نفسه، والتعليق اللفظي على الأشياء والصور والمواقف.
- ضرورة مراعاة الفروق الفردية حتى بين المتخلفين أنفسهم وأثناء التعليم الجماعي .
- أن يكون ترتيب المادة في المواقف منظماً من المادي الحسي إلى المجرد، ومن المعروف والمألوف إلى المجهول وغير المألوف.
- أن يكون تنظيم المادة من السهل إلى الصعب، لكي توفر للمتخلف فرص النجاح ما أمكن.
- ربط الموضوعات بعضها ببعض في مجموعات طبيعية ،مما يجعل مضمونها أسهل فهماً على الأطفال، ويعمل على تقوية وتحسين ارتباط الأفكار بعضها ببعض.
- أن يكون التعليم وظيفياً، أي أنه أثناء التدريب يتعلم بعض الحاجيات البسيطة التي يحتاجها.
- تقديم المادة على أجزاء وبالترتيب، مع التأكد من نجاح التعلم في هذا الجزء، قبل الانتقال إلى جزء أخر.
- العمل على جذب انتباه المتخلف عقلياً إلى العلامات المنتمية في الموقف بطريقة مقصودة، فقد يساعد ذلك على الانتباه للعلامات بالموقف.
- التنوع في استخدام أساليب تدريسية مختلفة، مواد تعليمية متنوعة، بحيث يستخدم المتخلف أكثر من قناة حسية واحدة.
- التنوع في المواقف والخبرات التي تتصل بتعليم مفهوم واحد من أجل تعزيز هذا المفهوم.
- التعزيز المستمر سواء التعزيز المادي بالمكافئات العينية والمادية، أو اللفظي بالمديح والتشجيع.
- شعور الطفل باندماجه داخل الفصل الدراسي، ومساعدته أن يقدر مستواه بالنسبة لباقي زملاؤه في الصف.

- التقبل الإجتماعى للطفل المتخلف عقلياً.
- لابد أن تتضمن تربية المتخلفين كل من التربية البدنية، والفن، والكلام، والعمل اليدوي.
- لابد أن يرعى أن المعاق عقلياً يحتاج إلى ما يسمى بالتدريب والتدريس العلاجي والعملي على بعض الأداءات والمهام والأعمال الملائمة له، والمتفقة مع قدراته المحدودة، على أن يعتمد في أدائه لهذه الأعمال على نفسه بعد تدريب كافي عليها، وبالتالي اعتماده على الآخرين بالتدرج، وينجم عن ذلك أشياء كثيرة إيجابية مثل استقلالية المعاق عقلياً، ولو أنها نسبية وحدوث التكيف الشخصي له ويترتب عليه أيضاً حدوث التوافق الاجتماعي مع الآخرين. وأن أسلوب التدريب العلاجي الجيد لهؤلاء الأفراد يتيح فرص إخراج إمكاناته وقدراته المحدودة، والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

تعريف الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة

هنالك الكثير من المصطلحات التربوية الدارجة في المجتمعات المختلفة التي يقصد من ورائها تحديد فئة الأفراد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، ومن هذه المصطلحات مثل: "غير العاديين"، و"العاجزون"، و"المعوقون"، و"غير الأسوياء"... وغيرها من التسميات السلبية التي لا تعكس إلا الآثار السلبية على الفرد وأسرته؛ لأنها في مكنونها تدل على الضعف والاختلاف السلبي، والأبرز من ذلك الوصمة الاجتماعية بالقصور والعجز، بدل البحث عن الإيجابية والكفاءة في شخصياتهم. وما لا نصل إليه من هذه التسميات السلبية هو تحديد المشكلة التربوية، وبالتالي تحديد الاحتياجات التربوية التي يحتاجها الفرد.

أما التعريف التربوي فيركز على الانحراف عن المتوسط العام (والمقصود بالعام هنا المجتمع) الانحراف في القدرات الذهنية، والقدرات الجسدية والحركية، والقدرات الحسية وقدرات الاتصال والتواصل، الأمر الذي يجعل الفرد غير قادر على التكيف مع المتطلبات المدرسية والحياتية وحده، ويحتاج إلى دعم وإلى خدمات تربوية خاصة لتطوير قدراته

(الوقفي. وهذا التعريف يستثني فئات أخرى من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، وهي الفئات التي لا تعاني من أي قصور في القدرات المذكورة أعلاه، ولكن على الرغم من ذلك، فهي تعاني من صعوبات في التأقلم المدرسي والحياتي، ومن هذه الفئات سنجد الموهوبين وذوي الصعوبات التعليمية.

فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة:

تشمل هذه الفئات الإعاقة العقلية، والصعوبات التعليمية، والإعاقة البصرية والسمعية، والإعاقة الجسدية، والاضطرابات اللغوية، والاضطرابات الانفعالية والسلوكية، والموهبة والإبداع:

الإعاقة العقلية

إن التأخر العقلي أو الإعاقة العقلية ناجمة عن ضرر دماغي كبير، سببه إصابة تكون في جهاز الأعصاب المركزي تؤدي إلى تلف الأجزاء المسئولة عن مهارات التعلم والتفكير وغيرها من المهارات التي يحتاجها الفرد ليتطور وينمو بشكل سليم. وهناك الكثير من التعريفات التي كتبت في القرن الماضي حول مفهوم التخلف العقلي، وتعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الإعاقة العقلية بأنها "حالة تشير إلى جوانب قصور واضحة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، تتصف بأداء عقلي يقل عن المتوسط، وتصحبه جوانب قصور في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المرافق المجتمعية، توجيه الذات، المهارات الأكاديمية، المهارات المهنية، استغلال أوقات الفراغ، على أن يظهر كل ذلك قبل سن الثامنة عشرة.

أما الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية فتقسم إلى نوعين أساسين، وهما العامل الجيني والعوامل المكتسبة. وتتعلق العوامل الجينية بنقل الإعاقة من خلال الوراثة من الآباء إلى الأبناء في حالة وجود حالات إعاقة وراثية في العائلة، أو حدوث خلل في المادة الوراثية (الكروموزومات) أثناء الانقسام الجنسي، أو الإخصاب، أو تكوّن الجنين. أما العوامل

المكتسبة، فقد تحدث أثناء الحمل من خلال تعرض الأم الحامل إلى الإصابة بالأمراض المعدية، أو الإصابة المباشرة على الرحم أو تناولها السموم، أو تعرضها للأشعة، أو التعرض إلى المشاكل أثناء الولادة، مثل نقص الأوكسجين، أو التعقيدات في الولادة، ويمكن أن تحدث الإصابة بعد الولادة من خلال تعرض الفرد إلى الحوادث القاسية، وبخاصة على الرأس، والأمراض التي تؤثر على الدماغ.

وتصنف الإعاقة العقلية إلى مستويات تتعلق بأداء الفرد مقارنة مع أبناء جيله، وتحدد هذه المستويات حسب مقياس الذكاء المقنن (ويكسلر)، الذي بموجبه حدد المستوى العام للذكاء، وهو بين الـ85 والـ105، وكل ما هو دون الـ70 يكون من ذوي الإعاقة العقلية، أما من هم بين الـ85 والـ70 فهم فئة بطيئي التعلم (مع تحفظي الخاص على مقياس ويكسلر.

أما المستويات المحددة بناءً على هذا المقياس فهي كالتالي:

التخلف العقلي البسيط (من 70-55)، ويدعون بالقادرين على التعلم؛ لأنهم يملكون القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية المدرسية حتى مستويات متقدمة، لكن يكون تعلمهم وتقدمهم أبطأ بشكل ملحوظ من تقدم طلاب الجيل ذاته، وكذلك فأنهم قادرون على التكيف مع المجتمع ومتطلباته، ويحققون الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية إلى حد كبير، لكنهم يحتاجون إلى التوجيه بين الحين والآخر.

التخلف المتوسط (من 54-40)، ويدعون أيضاً بالقادرين على التعلم؛ لأن لديهم القدرة على تعلم مهارات قبل أكاديمية وحتى الأكاديمية الأولى من خلال التعلم المحسوس، كما بإمكانهم التواصل الكلامي مع المحيط، وتعلم المهارات الاجتماعية والعناية بالذات، ولكن من خلال المراقبة والتوجيه الكلامي.

التخلف العقلي الشديد (من 39-25)، ويدعون بالقابلين للتدريب؛ لأنهم قادرين على التدرب على المهارات الحياتية اليومية وأساليب رعاية الذات، قدراتهم اللغوية والحركية محدودة، وبالتالي فهم يحتاجون إلى مراقبة وإرشاد لفظي وحتى جسدي دائم.

التخلف العقلي العميق (ما دون الـ25)، وهم غالباً غير قادرين على التدرب على المهارات الحياتية، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف وتحفيز مستمر للحواس لأنهم غالباً يعانون من إعاقات جسدية تحد حركتهم، وذلك يعود إلى الضرر الدماغي الكبير الذي أصاب أجزاء عديدة من الدماغ.

الصعوبات التعلمية

عرفت الجمعية الأمريكية الوطنية للصعوبات التعلمية الصعوبات التعلمية بأنها "اصطلاح عام لمجموعة غير متجانسة من الاضطرابات الملحوظة في واحدة أو أكثر من العمليات العقلية الأساسية، المتضمنة فهم اللغة أو استخدامها شفهياً، أو كتابياً، أو التهجئة، أو الحساب، أو التفكير. ويعود سببها إلى سوء في أداء الجهاز العصبي المركزي، وقد يحدث في مرحلة من مراحل العمر.

وأثبتت الأبحاث أن الإصابة بالصعوبات التعليمية قد تحدث في فترة الحمل نتيجة تعرض الأم للأمراض والأشعة والسموم، أو أثناء الولادة نتيجة نقص في الأوكسجين أو مشاكل في الولادة، أو بعد الولادة، وفي مراحل الحياة نتيجة التعرض إلى حادث أو أمراض تصيب جهاز الأعصاب المركزي للفرد، وتؤدي إلى تلف دماغي صغير.

وتنقسم الصعوبات التعلمية إلى نوعين أساسيين، هما: الصعوبات النمائية، وتتضمن مشاكل الإصغاء، والتركيز، والانتباه، والذاكرة، واللغة، والتفكير، والإدراك الحسي، والإدراك الحسحركي، والصعوبات الأكاديمية التي تتوزع إلى صعوبات القراءة، وصعوبات الكتابة، وصعوبات الحساب.

والاهم في تعريف الصعوبات التعلمية هو الانتباه إلى أن الطالب الذي يعاني منها هو طالب عادي في قدراته العقلية، لا يعاني من مشاكل في الحواس، ولا يعاني من اضطرابات انفعالية، وغير محروم من المثيرات التعليمية في البيت أو في الصف، وعلى الرغم من ذلك، فانه يفشل في واحدة أو أكثر من المهارات الأكاديمية المطلوبة من أبناء جيله.

الإعاقة البصرية

إن العين هي المسؤولة عن حاسة البصر، وهي التي تنقل إلى الدماغ المثيرات البصرية التي نشاهدها حتى تتحول إلى رسائل نفهمها بحسب خبراتنا، وتنقسم العين إلى أجزاء عدة مهمة، وهي البؤبؤ الذي يسمح للضوء بالدخول للعين، وحول البؤبؤ هناك القزحية، وهي الجزء الملون من العين، ووظيفتها توسيع أو تضييق البؤبؤ حسب الضوء، والقرنية عبارة عن الغشاء الذي يغطي العين لحمايتها، ثم هنالك العدسة خلف البؤبؤ، ووظيفتها استقبال الأشعة الضوئية وتجميعها لتنقلها إلى القسم الخلفي من العين المسمى الشبكية، بحيث تتكوّن الصورة وتنقل إلى الدماغ.

أما الإعاقة البصرية، فهي حالة من الضعف البصري الشديد الذي يؤثر على الأداء التربوي للفرد بشكل سلبي، وتقسم إلى ثلاثة مستويات، وهي: فقدان النظر الكامل، وقوة الإبصار لا تزيد على 60/3 في العين الأقوى بعد وضع العدسات، وتقلص في مجال الرؤية إلى زاوية تقل عن 20 درجة. وهناك أنواع أخرى من الإعاقات البصرية الشائعة التي تعالج عن طريق العدسات وهي؛ طول النظر، وقصر النظر، وصعوبة تركيز النظر. هذه الحالات أسبابها غالباً تعود إلى إصابة في جهاز الأعصاب المركزي.

قد تصيب الأفراد بعد الولادة أمراض مثل المياه البيضاء، والمياه السوداء، والسكري، وأمراض الشبكية، والتهاب العيون المزمن، وهذه الأمراض تؤدي أيضاً إلى إعاقة بصرية.

الأفراد ذوو الإعاقات البصرية (ضعفاء الإبصار) لا يؤدون المهام التعليمية مثل القراءة والكتابة إلا بمساعدة أجهزة بصرية تعمل على التكبير، أما الكفيف أي الذي يعاني من فقدان كامل للبصر يحتاج إلى طرق بديلة للتعلم معروف منها طريقة برايل، واستعمال الحاسوب المتكلم، وتطوير باقي الحواس، وغيرها.

الإعاقة السمعية

إن حاسة السمع تعتبر من الوظائف المعقدة والمهمة لدى الكائن الحي، وبخاصة الإنسان، وهذه الوظيفة تقوم فيها الأذن التي تعتبر قناة اتصال بين الفرد والعالم الخارجي.

وبشكل عام تقسم الأذن إلى ثلاثة أقسام، وهي؛ الأذن الخارجية، ثم الأذن الوسطى، تليها الأذن الداخلية، ولكل قسم مهمته في عملية التوصيل السمعي فالإذن الخارجية تلتقط الموجات الصوتية وتمررها عبر القناة السمعية إلى الأذن الوسطى التي تعمل من خلال الطبلة، والعظام الثلاث على تكبير وتضخيم الأمواج الصوتية ونقلها إلى الأذن الداخلية، حيث تتحرك الموجات الصوتية في داخل السائل الموجود فيها، وتحفز الشعيرات الحسية التي تحوّل الحركة إلى جهد كهربائي ينتقل بواسطة الألياف العصبية إلى مركز السمع في الدماغ، وهناك يتم تفسير المعلومات وفهمها.

من هنا يمكن أن نستخلص أن أي ضرر أو تلف في أجزاء الأذن المتعددة سيؤثر على القدرة السمعية للفرد. وتقسم الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أجزاء، وهي: الإعاقة السمعية التوصيلية، وتكون الإصابة في الأذن الخارجية، أو الوسطى، والإعاقة السمعية العصبية وهي اضطراب في الأذن الداخلية والعصب السمعي، والإعاقة السمعية المركزية التي يكون مصدرها في الدماغ.

هناك عاملان أساسيان يؤثران على تطور اللغة والتعلم عند الفرد المصاب بالإعاقة السمعية، وهما جيل الإصابة بالإعاقة ومدى الخسارة السمعية، فكلما كانت الإصابة في جيل مبكر أكثر، وبخاصة قبل اكتساب اللغة، ستكون هناك صعوبة في اكتساب اللغة بالشكل الكامل والسليم، وكلما كانت حدة الإعاقة أقوى، كان من الصعب تعليم الفرد عن الأصوات واللغة. وبما أن اللغة هي الوسيط في عملية التعلم والتعليم نستنتج أن الأفراد ذوي الإعاقة السمعية قد يعانون من صعوبات في التعليم، وبالتالي يجب تزويدهم ببدائل للتعليم أو مساعدتهم على تحسين أداء الأذن من خلال الأجهزة التي توضع خلف الأذن أو تزرع داخلها.

الإعاقة الجسدية أو الحركية

تعرف الإعاقة الجسدية بأنها قصور وظيفي أو خلل عضوي موضوعي يؤثر على أداء الفرد في ظروف معينة، ويحتاج إلى تدخل علاجي أو حتى تعديلات في البيئة. وتضم

الإعاقات الجسمية قائمة واسعة من الحالات التي تختلف حدتها ونوع التدخل المطلوب لعلاجها، لكنها بالأساس مصنفة إلى إعاقات عصبية وإعاقات عضلية وعظمية، وتحدث الإصابة إما أثناء الحمل وإما أثناء الولادة أو بعدها.

الإعاقات العصبية تعود إلى تلف أو ضرر يحدث في جهاز الأعصاب المركزي والحبل الشوكي، ومن المعروف أن جهاز الأعصاب المركزي هو الأساس في أداء الجسم لوظائفه، وبالتالي الأفراد المصابون بهذا الخلل يعانون من مشاكل وصعوبات في القدرة على التعلم، إضافة إلى المشاكل والاضطرابات الحركية. ومن هذه الإعاقات؛ اضطرابات الإدراك الحركي، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات تشنجية كالصرع وضمور أو ارتخاء العضلات، والشلل الدماغي، ومشكلات حسية- حركية، والاستسقاء الدماغي والعمود الفقري المفتوح.

أما الإعاقات العضلية العظمية، فهي خلل يصيب الجسم ويؤثر على حركته ووظائفه لأسباب غير عصبية مثل التهاب العظام، وعدم نضوج العظام، وانحناء العمود الفقري، والقدم الملتوية، وخلع الورك، والأطراف المشوهة، والتهاب المفاصل والشفة المفتوحة.

اضطراب النطق واللغة

تعتبر اللغة من الوسائط الأساسية التي يستعملها الإنسان للتعبير عن ذاته وإقامة العلاقات الاجتماعية والتواصل مع الذات والمحيط، وهي أساس لا يمكن الاستغناء عنه في عملية التعلم، فالتعلم مبني بشكل كبير على الخبرات اللغوية والقدرات اللغوية، وأي عيب أو اضطراب في هذا المجال سوف يؤثر بشكل مباشر على التواصل مع البيئة والقدرة على التعلم.

تنقسم الاضطرابات اللغوية إلى عيوب الكلام وعيوب اللغة: عيوب الكلام تضم عيوب الإيقاع، وعيوب النطق وعيوب الصوت. أما عيوب اللغة، فتضم اضطراب التعبير الكلامي الحسي أو الحركي، واضطراب في تخزين اللغة المسموعة، وعيب صدى الصوت، وعيوب الاتصال وصعوبات القراءة والكتابة.

وتعود الأسباب التي تؤدي إلى الاضطرابات اللغوية إلى مشاكل في جهاز الأعصاب المركزي الذي يصاب إما أثناء الحمل، أو أثناء الولادة أو بعدها، أو أسباب متعلقة بالإعاقات الأخرى أو مشاكل وظيفية ونفسية مثل الحرمان البيئي الذي يؤدي إلى عدم اكتساب اللغة بالشكل السليم.

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

إن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تعد من أكثر الاضطرابات المثيرة للجدل، فكانت لوقت ليس ببعيد لا تعتبر من فئات التربية الخاصة، أما في السنوات الأخيرة من القرن الماضي، فتم ضم هذه الفئة إلى فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، لكن على الرغم من ذلك لم يحدد تعريف واضح ومفصل للحالة، ولا حتى مواصفات واضحة أو أسباب واضحة، فقد تكون الأسباب عصبية أو نفسية مكتسبة.

وقد أجملت غالبية التعريفات على عدد من العناصر المشتركة في سلوك ذوي الاضطرابات السلوكية ومنها:

1- الانحراف عن مستوى المعايير السائدة.

2- الحالة مزمنة ومتكررة.

3- تأثير السلوك على التقدير الذاتي والعلاقات الشخصية والتحصيل الأكاديمي.

4- يحتاج إلى تربية مختصة.

وقد عرف كوفمان (1981) الأطفال المضطربون سلوكياً بأنهم " أولئك الذين يستجيبون بشكل ملحوظ ومزمن لبيئاتهم بأساليب غير مقبولة اجتماعياً أو غير مرضية شخصياً، ومع ذلك فإنه يمكن تعليمهم السلوك الأكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية وأكثر إشباعاً من الناحية الشخصية.

هناك تصنيفات عدة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية أهمها التصنيف على أساس شدة الحالة وترددها، أما التصنيف الأكثر شيوعاً، فهو التصنيف العيادي أو الإكلينكي

الذي يتحدث عن حالات محددة ومعرفة، أذكر منها اضطراب القلق أو الارتياب، والاكتئاب، واضطراب بايبولر، واضطراب التركيز والانتباه والحركة الزائدة، واضطراب إدارة الذات، واضطرابات الأكل، وانفصام الشخصية، والتوحد (قد يعتبر أيضا فئة إضافية من فئات ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة).

أما أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية، فتختلف باختلاف المدرسة التي تدرس الحالة فالمدرسة الطبية تعيد الأسباب إلى مشاكل جسدية لها علاقة بالجينات والأنزيمات والاختلالات الدماغية، أما المدرسة النفسية فترى أن الأسباب تعود إلى صحة النفسية، وبخاصة في الطفولة المبكرة والأزمات النفسية الاجتماعية التي يمر بها الفرد خلال حياته، والمدرسة السلوكية تقول إن السلوكيات مكتسبة واضطرابات السلوك سببها تعلم مضطرب من خلال النمذجة. ولعل أفضل هذه التفسيرات وشاملها الذي يعتبر كل الأسباب المذكورة صحيحة وواردة، وبالتالي يسعى إلى الاستفادة من جميع التفسيرات لمصلحة الفرد ومساعدته، وبالتالي يتبع الفرد حسب حالته التدخل الطبي أو الإرشاد النفسي، أو التدخل التربوي والاجتماعي، أو الجمع بين بعضها أو كلها.

الموهبة والإبداع

إن الموهبة لا تحظى بتعريف واحد محدد، وإنما يختلف الباحثون حولها باختلاف اتجاهاتهم النظرية وخبراتهم العملية. وقد تطورت التفسيرات والتعريفات لهذه المفاهيم في العقود القليلة الماضية مع ازدياد الاهتمام بمجتمع ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، التي تعتبر الموهبة والتفوق إحدى فئاتها. وبشكل عام، يجمع اليوم الباحثون على أن الموهبة تشمل الموهبة العقلية (الذكاء)، والموهبة الإبداعية والانفعالية والاجتماعية والنفسحركية، وتمتاز كمقدرة موروثة، أما التفوق فيشمل التميز في الحقول الأكاديمية، والتقنية، والرياضية، والفنية، والاجتماعية.

وتعدد التعريفات التي جاءت من الحقول المختلفة مثل التربوية والنفسية والسلوكية ساعد في توسع المجال وزيادة الاهتمام فيه، ما طور ونوّع البرامج التربوية وأساليب

الكشف عن الطلبة الموهوبين والمتفوقين، فالطالب سواء أكان متفوقاً أم موهوباً فهو يحتاج في نهاية الأمر إلى تربية خاصة، وأساليب دراسية خاصة، تساعده على إطلاق العنان لقدراته وتطويرها، وبالتالي، فإن من حقه أن يعتبر من ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة.

أما المستويات المحددة بناءً على هذا المقياس فهي كالتالي:

التخلف العقلي البسيط (من 70-55)، ويدعون بالقادرين على التعلم؛ لأنهم يملكون القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية المدرسية حتى مستويات متقدمة، لكن يكون تعلمهم وتقدمهم أبطأ بشكل ملحوظ من تقدم طلاب الجيل ذاته، وكذلك فأنهم قادرون على التكيف مع المجتمع ومتطلباته، ويحققون الاستقلالية الاقتصادية والاجتماعية إلى حد كبير، لكنهم يحتاجون إلى التوجيه بين الحين والآخر.

التخلف المتوسط (من 54-40)، ويدعون أيضاً بالقادرين على التعلم؛ لأن لديهم القدرة على تعلم مهارات قبل أكاديمية وحتى الأكاديمية الأولى من خلال التعلم المحسوس، كما بإمكانهم التواصل الكلامي مع المحيط، وتعلم المهارات الاجتماعية والعناية بالذات، ولكن من خلال المراقبة والتوجيه الكلامي.

التخلف العقلي الشديد (من 39-25)، ويدعون بالقابلين للتدريب؛ لأنهم قادرين على التدرب على المهارات الحياتية اليومية وأساليب رعاية الذات، قدراتهم اللغوية والحركية محدودة، وبالتالي فهم يحتاجون إلى مراقبة وإرشاد لفظي وحتى جسدي دائم.

التخلف العقلي العميق (ما دون الـ25)، وهم غالباً غير قادرين على التدرب على المهارات الحياتية، ويحتاجون إلى رعاية وإشراف وتحفيز مستمر للحواس لأنهم غالباً يعانون من إعاقات جسدية تحد حركتهم، وذلك يعود إلى الضرر الدماغي الكبير الذي أصاب أجزاء عديدة من الدماغ.

الفروق بين التشخيص الطبي والتشخيص التربوي والنفسي

تزدحم التربية الخاصة بعدد كبير من المصطلحات، بعض هذه المصطلحات ما هو طبي والبعض الآخر تربوي. ومصطلح التشخيص أحد هذه المصطلحات المستخدمة في كل من

المجال الطبي والمجال التربوي في الوقت نفسه ولكن يحمل كل مصطلح منهما معنى ومضمونا مختلفا.

مع التطورات المعاصرة في مجال التربية الخاصة أصبحت قضية التشخيص والتقييم من القضايا الأساسية التي يعتمد عليها في عملية التأهيل والعلاج وفي عملية تخطيط البرامج التدريبية والتعليمية للطفل المعاق.

التشخيص في مجال الإعاقة

التشخيص في مجال الإعاقة، سواء كان تربويا أو طبيا، هو الخطوة الأولى في العلاج والتأهيل وهو الخطوة الأولى في التعامل بشكل صحيح مع الإعاقة أو الصعوبة أو الاضطراب الذي يعاني منه الطفل وينظر إليه على انه عملية ثلاثية الأطراف تتضمن الطفل والفاحص وأدوات أو وسائل الفحص والتشخيص Diagnostic Tools.

التشخيص الطبي والتشخيص التربوي والاختلاف بينهما يختلف التشخيص الطبي عن التشخيص التربوي في مجال الإعاقة بعدد الأمور من أهمها:

- من يقوم بالتشخيص الطبي هو الطبيب أو مجموعة من الأطباء من تخصصات طبية متنوعة (من حقل علمي واحد وهو الطب). بينما التشخيص التربوي يقوم به عدة مختصين من حقول علمية مختلفة مثل المختص بالتربية الخاصة والمختص بالعلاج الطبيعي والوظيفي وأخصائي اضطرابات اللغة والكلام والمختص بالسمعيات والأخصائي النفسي والاجتماعي.
- يتم التشخيص الطبي للإعاقة بناء على تقييم وملاحظة العلامات Symptomsوبناء على اختبارات تشخصيه طبية خاصة ومقاييس طبية معينة ومن الممكن أن يعتمد الطبيب على دليل تشخيصي معين في تشخيص الإعاقة أو الاضطراب الذي يعاني منه الطفل فعلى سبيل المثال يعد الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder) DSM والذي تصدره الجمعية الأميركية للطب النفسي من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات.

- وفي المقابل يتم التشخيص التربوي اعتمادا على التقييم التربوي واعتماداً على ملاحظة جوانب وقدرات ومهارات معينة عند الطفل. فعلى سبيل المثال يحدد المختص باللغة والكلام مهارات الطفل اللغوية والكلامية وقدرته على التواصل ونوع التواصل الذي يقوم به ويستخدم في هذا الإطار اختبارات لغوية خاصة، والمختص بالعلاج الطبيعي يحدد ويشخص الجانب الحركي عند الطفل.

ويعتمد على الملاحظة والمقاييس الخاصة بالتطور الحركي وسائل أخرى في التشخيص بينما يقوم الأخصائي النفسي بتحديد قدرات الطفل العقلية والإدراكية ويستخدم في سبيل ذلك اختبارات الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي والمقاييس النمائية، وهناك أدوات خاصة بالأخصائي الاجتماعي أهمها المقابلة الشخصية، وبذلك نرى التنوع في المقاييس وأدوات التشخيص في مجال التشخيص التربوي للإعاقة.

- التشخيص التربوي هدفه الأول تحديد مدى حاجة الطفل لخدمات التربية الخاصة ونوع ومقدار هذه الخدمات والفترة الزمنية التي يجب أن تقدم بها هذه الخدمات وقد يكون هناك أهداف أخرى للتشخيص التربوي مثل الفرز والإحالة. بينما التشخيص الطبي يتم بهدف تحديد نوع ومسمى Labelالاضطراب الذي يعاني منه الطفل ويتم كذلك بهدف تحديد نوع الخدمات الطبية المختلفة التي يحتاجها الطفل المعاق مثل الأدوية أو التدخل الجراحي.
- في التشخيص الطبي هناك كم كبير جدا من مسميات الاضطرابات المختلفة أو الإعاقات التي يعاني منها الطفل، فعلى سبيل المثال عند تشخيص المتلازمات الوراثية قد يجد الطبيب نفسه أمام أكثر من ثلاثة آلاف متلازمة وراثية وكل متلازمة لها صفات وسمات جسدية أو عقلية أو سلوكية خاصة بها، بينما في التشخيص التربوي هناك عدد محدد من المسميات التي يمكن إدراج فئات الإعاقة المختلفة، ونأخذ مثالا من أحدى الولايات المتحدة الأميركية حيث أن هناك ثلاثة عشر من فئات الإعاقة والتي يمكن إدراج الطفل المعاق ضمنها وهذه الفئات هي:

التوحد ـ فقدان السمع والبصر ـ الاضطرابات الانفعالية ـ الإعاقة السمعية

والصمم - الإعاقة العقلية - الإعاقات المتعددة - الإعاقات الجسدية - الإعاقات اللغوية والكلامية - إصابات الدماغ - الإعاقة البصرية - التأخر ألنمائي - واضطرابات أخرى. (Missouri State plan for Special Education).

وفي كثير من أنظمة التربية الخاصة في البلدان العربية هناك سبعة أو ثمانية فئات يتم إدراج فئات الإعاقة المختلفة إليها وهي: الإعاقة العقلية - الإعاقة السمعية - الإعاقة البصرية - إعاقات اللغة والتواصل - الإعاقة الحركية والجسدية - متعدد الإعاقة - الإعاقات الانفعالية.

ولكي يتضح الفرق بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة نأخذ بعض الأمثلة:

مسمى «متلازمة اسبرغر **Asperger Syndrome**» أو التشخيص بهذه المتلازمة هو من التشخيصات الطبية بينما يكون التشخيص التربوي لهذه المتلازمة هو اضطراب التوحد، والتشخيص الطبي بوجود متلازمة «باتو **Patau Syndrome**» يقابله في التشخيص التربوي أعاقة عقلية.

هل من الممكن أن يحدث تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي؟

من النادر جدا أن نجد اختلاف أو تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة وذلك في حالة ما تم إتباع إجراءات التشخيص بدقة وبشكل كامل ،إلا انه يحدث بأن يكون هناك تشخيص طبي لنوع محدد من الصعوبات أو الاضطرابات ولا يوجد تشخيص تربوي لهذه الحالة بمعنى صعوبة إدراجه ضمن فئة من الفئات سابقة الذكر. في هذه الحالة ينصب الاهتمام في المجال التربوي على تحديد مدى تأثير الصعوبات أو الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وقدرته على التعلم.

الفصل الثاني

2

الإعاقة العقلية
Mental Retardation

مقدمة

على الرغم من التقدم الهائل الذي حصل في مجال الإعاقة العقلية من حيث الأسباب وتحديد المفهوم والتعريف والتشخيص وجوانب التأهيل والتدريب والوقاية المختلفة، إلا أن الوصول إلى فهم مشترك حول معظم القضايا مازال في مراحله الأولية. فالمتتبع لحركة تطور الإعاقة العقلية يلمس مدى التقدم العلمي الذي طرأ على هذه الظاهرة بشكل تمت فيه دراسة كافة جوانبها لغرض وضع إطار موحد للمفهوم.

أما في الوطن العربي، فإن واقع ومفهوم هذه الظاهرة مازال يكتنفه الكثير من الغموض وعدم الوعي وذلك على الرغم من بعض التقدم الذي حدث في العقود القليلة الماضية وعلى الأخص في جانب الخدمات المقدمة لهذه الفئة من الأطفال.

وتقع ظاهرة التخلف العقلي ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. و لهذا حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية و غيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعوقين عقليا. ولم يتوقف الأمر عند ذلك، فقد استدعى التوسع في الخدمات المقدمة للمعوقين عقليا وتنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط و المعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات، وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة.

وبناء عليه فقد جعل هذا التطور قضية الإعاقة موضوعا اجتماعيا اهتم به المشرعون من باب اهتمامهم بوضع الأنظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالمعوقين عقليا و تنظيم الخدمات المقدمة لهم. كما اهتم بها أولياء الأمور الذين يهمهم أن يتلقى أطفالهم المعوقون الخدمات المناسبة

تعريف الإعاقة العقلية

لقد مر تعريف الإعاقة العقلية بمراحل عديدة، وهو في حالة تطور مستمر، وذلك لتأثره بنظرة المجتمع واتجاهاته نحو هذه الظاهرة. ويمكن تقسيم تعريف الإعاقة العقلية كالآتي:

التعريف الطبي Medical Definition

تعرف الإعاقة العقلية على أنها: إعاقة تحدث الإعاقة العقلية بسبب عدم اكتمال عمر الدماغ نتيجة لإصابة المراكز العصبية والتي تحدث قبل أو بعد الولادة.

التعريف السيكومتري Psychometric Definition

لقد اعتمد التعريف السيكومتري على نسبة الذكاء (I، Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، حيث اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 معاقين عقلياً، على منحنى التوزيع الطبيعي.

التعريف الاجتماعي Social Definition

ركز التعريف الاجتماعي على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من المجموعة العمرية نفسها، وعلى ذلك يعتبر الفرد معوقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه.

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

The American Association on Mental Retardaion(AAMR)

لقد نص تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية إلى مايلي:

(تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (75+ أو-5) يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي مثل:

1- مهارات الحياة اليومية.

2- المهارات الاجتماعية.

3- المهارات اللغوية.

4- المهارات الأكاديمية الأساسية.

5- مهارات التعامل بالنقود.

6- مهارات السلامة.

التعريف الحديث للإعاقة العقلية

تمثل الإعاقة العقلية جانبًا من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر قبل سن (18) سنة، وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء، يصاحبها قصور واضح في اثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفى مثل: مهارات الاتصال اللغوي،

والعناية بالذات، والحياة اليومية، والاجتماعية، والتوجيه الذاتي، والخدمات الاجتماعية، والصحة والسلامة، والحياة الأكاديمية وأوقات الفراغ والعمل.

تعريف التأخر العقلي

التأخر العقلي تأخر في النمو الذهني لإنسان مقارنة بعمره، ولكن لا يمكن اعتبار الشخص المتأخر عقليا يعاني من بطء في القدرات العقلية فقط لكن لابد من أن نموه سيكون متأخرا أيضا وسيكتمل نموه بصفة متأخرة رغم إن هذا النمو سيقف عند مرحله معينه من مراحل نموه إلا إذا استفاد المصاب من تدخل مبكر وملائم يساعده على تخطي العراقيل ويعتبر التأخر العقلي مشكله ذات طبيعة خاصة فهي مشكله متعددة الجوانب والأبعاد تتداخل بعضها مع بعض الأمر الذي يجعل المشكلة لا تتشابه مع أي مشكله من مشاكل الإعاقات الأخرى.

مفهوم الإعاقة العقلية

نستنتج مما سبق انه من الصعوبة بمكان الوصول إلى تعريف للتخلف العقلي يتصف بالدقة و الشمولية، ويلاقي قبول مختلف الفئات العلمية و المهنية ذات التخصصات المختلفة..وقد يكون من المناسب استعراض ابرز التعريفات المختلفة للتخلف العقلي وصولا إلى التعريف الذي يعتبر أكثر قبولا من سواه...

يعتبر تعريف (دول) من أوائل التعريفات للتخلف العقلي التي يمكن أن توصف بالتحديد والوضوح ويتلخص تعريفه بأن الشخص المتخلف عقليا هو الذي يتصف بما يلي:

1- عدم الكفاية الاجتماعية.

2- تدني القدرة العقلية.

3- يظهر التخلف العقلي خلال فترة النمو.

4- ويستمر خلال مرحلة النضج.

5- يعود التخلف العقلي إلى عوامل تكوينية.

6- غير قابل للشفاء.. حيث نجد من تعريف (دول) انه يؤكد على مفهوم الكفاية الاجتماعية كأساس للحكم على الفرد على انه متخلف عقليا.

أما (هيبر) فقدم تعريفا حظى بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي و ينص هذا التعريف على أن:

" إن التخلف العقلي يشير إلى انخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحبا بقصور في السلوك التكيفي". وكما هو واضح من هذا التعريف فانه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك أساسي للتخلف العقلي..

ومما لاشك فيه أن تلك التعريفات و غيرها ساهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي و زيادة إمكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي و طبيعته.. إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعها ساعدت في التوصل إلى التعريف الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي يعتبر أكثر التعريفات قبولا و شيوعا بين مختلف الدارسين في هذا المجال..

وينص التعريف الذي اقترحه ((جروسمان)): " إن التخلف العقلي يشير إلى حالة من الانخفاض الواضح في الوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو و ينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي.

نسبة الإصابة بالإعاقة العقلية

تشير الدراسات التي تمت في الثمانينيات أن نسبة المصابين بالإعاقة الذهنية في الولايات المتحدة تتراوح بين 2.5-3% من إجمالي السكان. (The Arc، 1982).. وبذلك يكون معدل انتشار الإعاقة العقلية 10 أضعاف انتشار الشلل الدماغي. ولا ترتبط الإعاقة العقلية بعوامل عرقية، أو اثنية، أو تعليمية، أو اجتماعية، أو اقتصادية. حيث يمكن أن يحدث في أية عائلة.

المؤشرات الدالة على الإعاقة العقلية

1- انخفاض القدرة العقلية.

2- ضعف التوافق الاجتماعي في البيت والمدرسة وفي المجتمع.

3- تأخر المهارات الحسية والحركية ومهارات الاتصال والاعتماد على النفس، ومهارات التنشئة الاجتماعية. والتي تظهر في مرحلة المهد والطفولة المبكرة من خلال:

- **تأخر الكلام:** لا يتفوه الطفل بكلمة واحدة حتى بلوغه (ستة ونصف).

- **تأخر الارتقاء الحركي:** إذ يوجد لدى البعض صعوبة في الجلوس بمفرده حتى سن سنتين.

أسباب الإعاقة العقلية Of Causes Retardaion Mental

إن معظم أسباب الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن إذ تشير المراجع في هذا المجال إلى اكتشاف 25 ٪ من أسباب الإعاقة العقلية وأن 75 ٪ من هذه الأسباب هي غير معروفة حتى الآن.

وقد تعددت أسباب الإعاقة العقلية حتى صعب الفصل بينها، ويمكن تصنيفها إلى الآتي:

1- أسباب وراثية Hereditary

2- أسباب بيئية Environmental

أولاً: الأسباب الوراثية. قد تنتقل الإعاقة العقلية عن طريق الجينات بنفس الطريقة التي تنتقل بها الخصائص الجسمية والنفسية كالطول والقصر والنحافة والسمنة ولون الجلد. وقد تحدث الإعاقة العقلية للطفل بسبب انتقال خصائص وراثية شاذة من الآباء تؤدي إلى اضطراب في التمثيل الغذائي في خلايا الجسم تؤدي بدورها إلى تلف في أنسجة الجهاز العصبي والمخ، وقد يكون هذا الشذوذ في الكروموسومات أو في الجينات التي تحملها الكروموسومات، وبذلك فإن أي خطأ في الكروموسومات أو في سلامة عملها يؤدي إلى اضطرابات بيوكيميائية (Biochemical) يسبب تلفاً في خلايا المخ أو الجهاز العصبي.

ومن هذه الأخطاء التي قد تحدث:

1- زيادة كروموسوم في الخلية.

2- غياب كروموسوم أو غياب جزء منه.

3- انتقال كرموسوم أو جزء منه إلى كرموسوم آخر ليس(نظيراً له، وتحدث هذه الحالة عادة في الكرموسوم رقم 15 الذي ينتقل هو أو جزء منه إلى الكرموسوم رقم 21.

وفيما يلي بعض الأمثلة التي يتضح فيها شذوذ الكرموسومات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية:

1- متلازمة داون (Down Syndrome)

2- متلازمة تيرنر (Turner,s Syndrome)

3- متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter ,s Syndrome)

4- ثلاثي د (D Trisomy)

5- ثلاثي هـ (E Trisomy)

أما أمثلة شذوذ الجينات والتي تنتج عنها الإعاقة العقلية تتضح فيما يلي:

1- مرض الفينيل

2- مرض الجلاكتوسيميا (Galactosemia)

3- مرض تاي ساك (sach,s disease -Tay)

4- اضطرابات الغدد الصماء

5- ضمور غدة الثيمس (Thymus gland)

6- نقص في وظيفة الغدة الدرقية (Hypothyrodism)

7- التشوهات الخلقية (Congenital anomalies) مثل: صغر حجم الجمجمة (Microcephaly) و الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus)

8- العامل الرايزيسي (Rhesus factor)

تعريف متلازمة داوون. هو اضطراب في الكروموسومات ويتصل بالتخلف العقلي، وهذا الاضطراب غير معروف السبب فبدلاً من أن ينمو في الخلية 46 كروموسوماً يزيد عددها واحداً فقط ليصبح 47، وهذا الكروموسوم الزائد يغير كلية من وظائف الجسم والمخ الطبيعية. يتم تشخيص هذه الإعاقة بعد عمل اختبار الكروموسومات بعد الولادة بوقت قصير.

الإصابة بهذا المرض

أي أم أو أب معرضون أن يصاب طفلهم به، لكن تزداد مخاطر الإصابة به للسيدات التي تحمل فوق سن الخمسة والثلاثين عاماً، وكل عائلة يحدث الإصابة فيها مرة واحدة.

أعراض متلازمة داون

توجد أكثر من 50 علامة لمتلازمة داون، لكن من النادر تواجدها في شخص واحد، ومن أكثر هذه الأعراض شيوعاً:

- ضعف العضلات.
- مرونة العضلات و المفاصل والقدرة على تحريكها في أي اتجاه.
- رقبة قصيرة.
- رأس صغيرة.
- قدم عريضة مع قصر الأصابع.
- بكاء قصير وبنبرة عالية عند الأطفال.
- تجويف الفم صغيراً.
- ميل زاوية العين مع وجود طيات للجلد كثيرة من الزاوية الداخلية لها.
- صغر حجم الأذن.
- يد عريضة قصيرة مع وجود خط للتجاعيد واحداً في الكف في يد واحدة أو في كلا اليدين.

والشخص المصاب بمتلازمة داون صغير في الحجم عن أقرانه الذين لديهم نفس العمر والسن الطبيعيين، كما أن نموهم الجسماني والعقلي أبطأ. على الرغم من أن الشكل الجسماني هو الشيئ المميز للمصابين بهذه المتلازمة إلا أنه يظهر معه مشاكل صحية أخرى:

- انخفاض مقاومة الجهاز المناعي للإصابة بالعدوى وأكثرها الإصابة باضطرابات الجهاز التنفسي.
- اضطرابات في الرؤية مثل الحول - طول النظر- قصر النظر.
- الصمم باختلاف درجاته.
- صعوبة في الكلام.
- حوالي 3/1 الأطفال المولودين بمتلازمة داون يعانون من عيوب خلقية بالقلب ويمكن علاجها.
- والبعض الآخر يولد بعيوب خلقية في الجهاز الهضمي والأمعاء والتي لا يمكن علاجها.
- وهناك حالة تسمى (Atlantoaxial instability)، ويكون فيها التواء لأول فقرتين في الرقبة مما يجعل الشخص أكثر عرضة للإصابة عند المشاركة في الأنشطة التي تتطلب إطالة الرقبة.

- البدانة تصبح سمة سائدة لهؤلاء الأطفال كلما كبروا في السن، كما أن الزيادة في الوزن تهدد صحة الشخص وحياته ومع إتباع نظام غذائي معين وممارسة النشاط الرياضي يؤدي إلى تقليل حجم المشكلة.

علاج متلازمة داون

بعد تشخيص الإعاقة لابد من التعامل معها بشكل فوري وسريع. وأكثر طرق العلاج فاعلية هو تشجيع الطفل على إدراجه في برنامج للتطوير وتنمية قدراته العقلية والاجتماعية بمساعدة أفراد العائلة له.

الشلل الدماغي

الشلل الدماغي هو أحد حالات الإعاقة المتعددة التي تصاب فيها خلايا المخ بتلف وغالباً ماتتم الإصابة به أثناء فترة الحمل أي للجنين أو بعد الولادة مباشرة، وتفسير الاضطراب يتضح من مسماه:

فالشلل اضطراب يتصل بعدم القدرة على الحركة والدماغ هنا تشير إلى المخ مجازاً، ولا نستطيع أن نطلق على الشلل الدماغي أنه مرض بكل مافي الكلمة من معنى لأنه غير قابل للعلاج.. لكن هناك حالات معتدلة فيه وأخرى حادة ومع ذلك فالشخص الذي يعاني منه يستطيع أن يحيا حياة طبيعية ومنتجة بتلقي وسائل تعليمية خاصة.

أسباب الشلل الدماغي

- إصابة المرأة الحامل بعدوى خلال فترة الحمل.
- الولادة المبكرة.
- نقص وصول الأكسجين للطفل.
- أو قد تحدث بعد الولادة نتيجة للتعرض لحادث.
- التسمم بالرصاص.
- العدوى الفيروسية.
- إساءة التعامل مع الطفل.
- وغيرها من العوامل الأخرى.

وأكثر الأسباب شيوعاً في هذه القائمة المذكورة عدم وصول الأكسجين أو الدم للجنين أو المولود حديثاً بشكل كافٍ، وقد يحدث ذلك بسبب انفصال المشيمة في غير التوقيت المحدد لها، استغراق الولادة لوقت طويل من الزمن أو تلك الفجائية، التدخل في الحبل السري، عدم البراعة في توليد المرأة.

أما عن الأسباب الأخرى تتصل بالولادة المبكرة، عامل الرايسي، عدم توافق فصيلتي الدم للأبوين، إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو أي مرض فيروسي في بداية الحمل، أو الكائنات الحية الدقيقة التي تهاجم الجهاز العصبي المركزي للطفل المولود حديثاً. وافتقار الأم الحامل لتلقي الرعاية والعناية أثناء فترة حملها قد تكون عاملاً هاماً يضاف إلى قائمة الأسباب. وأقل هذه الأسباب إصابات الشلل الدماغي المكتسبة بعد ولادة الطفل من إصابات الرأس التي تكون بسبب حوادث السيارات والوقوع وسوء معاملة الطفل.

أنواع الشلل الدماغي

توجد ثلاثة أنواع رئيسية:

1- شللى ((Spasticالذي تكون الحركة فيه صعبة.

2- رعاش (Athetoid) لا يتم التحكم في الحركات التي يمارسها الشخص.

3- لاتزانى (Ataxic) يجمع بين الاضطراب في التوازن والإدراك العميق.

وقد يجتمع أكثر من نوع لشخص واحد، وهناك أنواع أخرى لكنها نادرة الوجود.

أعراض الشلل الدماغي

تعتمد أعراض الشلل الدماغي على الجزء التالف بخلايا المخ ومدى تأثر الجهاز العصبي المركزي، ومهما كان مدى هذا التأثير فلا يستطيع الشخص التحكم كلية في تصرفاته وتوازنه.. وأعراضه هي:

1- تشنجات.

2- حركات لا إرادية.

3- إدراك وإحساس غير طبيعيين.

4- ضعف الرؤية والكلام والسمع.

5- تخلف عقلي.

6- اضطراب في السلوك والحركة.

علاج الشلل الدماغي

التدخل المبكر لن يعالجه ولكن يتحكم في الحالة ويمنع تدهورها بشكل سريع ويكون ذلك باتباع الخطوات التالية:

- علاج التخاطب.
- علاج مهني.
- تأهيل جسدي.
- المساعدة النفسية من جانب الأهل والأصدقاء.
- وأهم علاج في ذلك كله هي إعطاء استقلالية لهؤلاء الأطفال في الحياة مع المراقبة غير المباشرة لهم.

متلازمة آسبرجر

ينسب هذا المرض إلي الطبيب الألماني "هانز آسبرجر" في عام 1944، أي العام الذي تلا إصدار أول بحث عن التوحد كتبه العالم "ليوكانر".

وقام الطبيب آسبرجر بالإشارة إلي الأعراض التي يعانى منها الأشخاص المصابون بهذا العرض والتي تنصب بشكل أساسي علي السلوك الفظ، وقد يري البعض أنه هو نفسه إعاقة التوحد لكن بدون اجتماع كافة الأعراض مع بعضها، أي أنه عند غياب أحد الأعراض أو أكثر من واحد تأخذ إعاقة التوحد المسمى الآخر لها ألا وهو متلازمة "آسبرجر" وذلك علي حد سواء بالنسبة للكبار والصغار. ويوجد القليل من الأشخاص المصابين بعرض "آسبرجر" يظهرون تقدما ونجاحاً كبيرين في مجال حياتهم ويتسمون بالصفات الآتية:

1- الذكاء.
2- غرابة الأطوار.
3- شرود الذهن.
4- عدم التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
5- بعض الضعف الجسدي في الجسم.

العلامات العامة لمعاقى "آسبرجر

- اللغة قبل سن الأربع سنوات

لا توجد مشاكل في الحديث واكتساب الكلمات اللغوية ويكون الطفل جيد جداً.

- التعامل والاتصال بالآخرين:

تتأثر القدرة الاستيعابية اللغوية إلي حد كبير فتتقدم ببطء أو لا تتقدم إطلاقاً. استخدام كلمات بدون ربطها بالمعنى الأصلي لها، ويكثر استخدام الإيماءات بدلاً من الكلمات، القدرة علي الانتباه لفترات قصيرة.

- التفاعل الاجتماعي

يقضى الشخص المصاب بالتوحد معظم الوقت بمفرده أكثر من قضائه مع الآخرين. كما لا يكون لديه الدافع في تكوين الأصدقاء، ويتصف بأنه أقل استجابة لوسائل الاتصال الاجتماعي مثل الاتصال العيني أو الضحك.

- خلل في الحواس

ردود فعل غير طبيعية للإحساس الجسدي مثل الحساسية المفرطة إذا لامس المعاق أي شيئ أو العكس مع عدم الإحساس بالألم. كما أن جميع الحواس الأخرى من الرؤية، السمع، اللمس، الألم، الشم، التذوق، تكون بالإيجابية أو السلبية المفرطة.

- اللعب

الافتقار إلي اللعب التلقائي أو التخلي عنه كلية، كما أنه لا يقلد الطفل أفعال أمثاله من الأطفال الآخرين وهو الوضع الطبيعي في مثل هذه السن، كما أنه لا يبادر باللعب مع الآخرين.

- السلوك

من الممكن أن يكون نشاطه مفرط أو زائد عن الحد، أو سلبي إلي حد كبير. ينتابه حالات من الغضب بدون أي سبب واضح. تجده دائم اللجوء إلي عنصر واحد بعينه أو فكرة أو شخص، يعوزه الوعي الحسي وقد يبدى سلوك عدواني أو عنيف يصل إلي حد إيذاء النفس بالجروح.

متلازمة وليمز

تنتج عن خلل في سابع زوج من الصبغيات، وتتميز بكبر الأذنين وقصر القامة وتتراوح نسبة الذكاء فيها 40-60 ومن الممكن أن يكون أعلى في حالات نادرة، ويواجهون صعوبة في القراءة والكتابة والحساب، ويتميزون بالقدرة على التعبير الشفهي وسرد القصص، وصحيا فان البعض منهم يواجه مشاكل في القلب.

متلازمة كليفنتر

تنتج عن وجود X إضافي عند الذكور ويؤثر في تطورهم الذهني بدرجة خفيفة وبعض الصعوبات في التعلم.

متلازمة براد ويلي

تنتج عن خلل جيني موروث من الأب في الزوج 15 من الصبغيات وتؤدي إلى إعاقة عقلية بسيطة وصعوبات في النوم وكثرة الآكل لدرجة السمنة المفرطة.

متلازمة X الهشة

خلل في الزوج 23 وتكون بنسبه أكثر عند الذكور من الإناث وينتج عن هذه المتلازمة رأس كبير، ووجه طويل، إذن عريضة وكبيرة، انف عريض، ويدان كبيرتان.

وغالبا يصاحبها إعاقة عقلية متوسطة، إلا في حالات نادرة عند الإناث تكون إعاقة عقلية بسيطة أو ذكاء عادي.

ثانياً: الأسباب البيئية (Environmental)

يتعرض الطفل لكثير من العوامل التي تؤثر على جهازه العصبي كما تؤثر على أنسجة مخه والتي تؤدي في النهاية إلى الإعاقة العقلية.

وتتقسم الأسباب البيئية إلى ثلاثة أقسام:

1- أسباب قبل الولادة (Prenatal)
2- أسباب أثناء الولادة (Natal)
3- أسباب بعد الولادة (Post natal)

الأسباب قبل الولادة (Prenatal)

1- الالتهابات الفيروسية(والبكتيرية مثل (الجدري والتهاب الكبد الوبائي والحصبة الألمانية والزهري)

2- تعرض الجنين أو الأم الحامل للإشعاعات.

3- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية(أثناء فترة الحمل.

4- إدمان المخدرات والكحوليات والتدخين.

5- سوء تغذية الأم الحامل.

6- صغر سن الأم وكبر سن الأم.

أسباب أثناء الولادة

1- إطالة فترة الولادة أو ضعف صحة الأم أو كبر حجم الجنين أو تضخم رأس الجنين أو نتيجة وضع الجنين في الرحم بطريقة غير طبيعية.

2- الوضع غير الطبيعي للمشيمة.

3- استخدام جفت الولادة (Delivery forceps)

4- انفجار الجيب الأمامي مبكراً يؤدي إلى مايسمى بالولادة الجافة..

5- الولادة السريعة والتي بها طلق سريع.

أسباب بعد الولادة (Post natal)

1- التهاب أغشية المخ السحائية.

2- التهاب أنسجة المخ.

3- شلل المخ.

4- إصابة المخ بالحوادث مثل السقوط من مرتفعات أو الاصطدام بجسم صلب.

5- انخفاض في أداء الغدة الدرقية.

6- نقص أو سوء التغذية.

7- أسباب اجتماعية.

8- أسباب مرضية.

كيف تؤثر الإعاقة العقلية في الأشخاص؟

تختلف تأثيرات الإعاقة العقلية على الأشخاص المصابين بها.. حيث تبلغ نسبة المتأثرين بدرجة خفيفة 87%، حيث سيظهرون بطئاً بسيطاً عند تعلم مهارات ومعلومات جديدة. وفي مرحلة الطفولة المبكرة، لا تظهر الإعاقة العقلية عند هؤلاء بشكل واضح، وقد لا يتم التعرف عليها حتى يدخلوا المدرسة. وكأشخاص بالغين، قد يصبح هؤلاء قادرين على العيش بطريقة مستقلة في مجتمعه، ولن يُنظر إليهم كأشخاص ذوي إعاقة عقلية.

أما الـ13% المتبقية من الأشخاص المصابين بالإعاقة العقلية، وهم الذين يبلغ معدل الذكاء لديهم أقل من 50 فإنهم سيواجهون تحديات وصعوبات كبيرة، ولكن مع استخدام التدخل المبكر، والتعليم الذي يركز على المهارات الوظيفية العملية، ومع تقديم الدعم لهم عند الكبر، سيتمكنون من العيش بصورة مرضية في مجتمعاتهم

تشخيص الإعاقة العقلية

تتكون عملية تشخيص وتحديد الإعاقة الذهنية حسب الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية من ثلاث خطوات، كما تشتمل على وصف لأنظمة الدعم التي يحتاجها الشخص من أجل التغلب على مشكلات مهارات التأقلم.

1- الخطوة الأولى من خطوات التشخيص هي أن يقوم شخص مؤهل بعمل اختبار أو أكثر من اختبارات الذكاء القياسية، وكذلك يتم اختبار مهارات التأقلم باستخدام أحد الاختبارات القياسية.

2- الخطوة الثاني تشمل القيام بوصف مواطن القوة والضعف في الشخص من ناحية الأمور الأربعة التالية:

أ. مهارات الذكاء، ومهارات التأقلم.

ب.الاعتبارات النفسية/والعاطفية.

ت.الاعتبارات البدنية/ الصحية/ والمتعلقة بأسباب الإعاقة.

ث.الاعتبارات المتعلقة بالبيئة المحيطة.

ويمكن تحديد نقاط القوة والضعف من خلال الاختبارات الرسمية، والملاحظة، ومقابلة أفراد الأسرة أو الأشخاص المهمين في حياة الطفل (المدرسين مثلاً)، ومقابلة الطفل والتحدث إليه، مشاركته في أنشطته اليومية، أو من خلال المزج بين هذه الطرق جميعاً.

3- أما الخطوة الثالثة فتتطلب وجود فريق عمل من عدة تخصصات لتحديد ماهية الدعم المطلوب في المجالات الأربع المذكورة أعلاه. حيث يتم تحديد كل دعم مطلوب ودرجة هذا الدعم: إما بصورة متقطعة، أو محدودة، أو طويلة، أو بصورة دائمة ومنتشرة.

فالدعم المنقطع هو عبارة عن دعم "كلما اقتضت الحاجة"، مثل الدعم المطلوب من أجل أن يجد الشخص المعاق عمل جديد في حالة فقدان عمله السابق. وقد تكون هناك حاجة إلى الدعم المنقطع من فترة إلى أخرى، وعلى مدى فترات مختلفة من حياة الشخص، ولكن ليس على أساس يومي مستمر.

أما الدعم المحدود فقد يكون لفترة زمنية معينة مثل أن يكون أثناء الانتقال من الدراسة إلى العمل أو أثناء التدريب استعداداً للعمل. ويكون هذا الدعم مرتبطاً بفترة زمنية محددة وكافية لتوفير الدعم المناسب للشخص.

أما الدعم طويل المدى في ناحية من نواحي الحياة فهو عبارة عن مساعدة يحتاجها الشخص بشكل يومي وغير مرتبطة بوقت محدد. وقد يشمل ذلك مساعدته في المنزل/ أو العمل. وعادة لا يكون والدعم المنقطع، أو المحدود، أو طويل المدى في كل نواحي الحياة اليومية للشخص ذي الإعاقة الذهنية.

أما الدعم المنتشر فعبارة عن دعم دائم وفي مجالات متعددة وبيئات مختلفة، وقد يشمل إجراءات متعلقة بتسيير الحياة اليومية لهذا الشخص. ويحتاج الشخص الذي يقع تحت هذه الفئة من الدعم إلى المساعدة بشكل يومي وفي جميع مجالات الحياة.

تصنيف الإعاقة العقلية

تصنف الإعاقة العقلية إلى عدة تصنيفات مثل:

التصنيف الطبي (Classification Medical)

التصنيف التربوي ()Educational Classification)

تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD Classification)

أولاً: التصنيف الطبي (Medical Classification)

يقوم التصنيف الطبي على أساس تصنيف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لأسبابها وخصائصها الإكلينيكية المميزة.

ويتضمن هذا التصنيف مسميات مثل:

1- متلازمة داون (Down Syndrome)

2- الاستسقاء الدماغي (Hydrocephalus)

3- صغر حجم الدماغ (Microcephaly)

4- كبر حجم الدماغ (Macrocephaly)

5- الفينيل كيتون يوريا (Phenyl keton urea)

6- القماءة أو القصاع (Critinism)

ثانياً: التصنيف التربوي (Educational Classification)

يهدف التصنيف التربوي إلى وضع الأفراد المعاقين عقلياً في فئات تبعاً للقدرة على التعلم، وذلك من أجل تحديد أنواع البرامج التربوية اللازمة لهؤلاء الأفراد.

ويتضمن هذا التصنيف ثلاث فئات هي:

1- فئة القابلين للتعلم (Educable Mentally Retarded)

2- فئة القابلين للتدريب (Retarded)Trainable Mentally)

3- فئة الاعتماديون (Severly and profoundly Handicapped)

ثالثاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (System AAMD (Classification

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال.

ويتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية الفئات التالية:

1- الإعاقة العقلية البسيطة (Retardation Mild)

2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)

3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)

4- الإعاقة العقلية الشديدة جداً (Profound Retardation)

وفي عام 1992 اختلفت طريقة تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية فصارت تشمل:

مستويات تحدد مدى الدعم المختص الذي يحتاج إليه الطفل.

وتنقسم المستويات إلى التالي:

1- **الدعم المتقطع**: وهو الدعم أو التدخل عند الحاجة فقط.

2- **الدعم المحدود**: وهو الدعم المحدود لفترة زمنية محددة.

3- **الدعم الواسع**: وهو الدعم المنظم في البيت أو المدرسة أو العمل.

4- **الدعم المنتشر**: وهو الدعم العام في جميع الظروف.

وبدلاً من تسمية الطفل المعاق إعاقة عقلية شديدة أصبح يعّرف بأنّه الطفل الذي يحتاج إلى دعم يتضمن الاعتماد على النفس.

تصنيفات الإعاقة العقلية (التخلف العقلي) حسب درجات اختبار الذكاء العالمي

تصنيفات الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

1- **فئة الذكاء الحدّي (البيني)** وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 70 – 80 وهي الفئة الواقعة ما بين فئة التخلف العقلي والذكاء العادي ولهذا سميت بفئة الذكاء البيني أصحاب هذه الفئة يستطيعون تعلم المهارات التعليمية الأساسية كالقراءة الكتابة والحساب بما يتناسب مع درجة ذكائهم وقد يجتازون المناهج الدراسية العادية ولكن بصعوبة. كما انه يصعب تحديد أصحاب هذه الفئة من قبل الناس العاديين غير المتخصصين.

2- **فئة التخلف العقلي البسيط** وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 55 – 70 وهم من يستطيعون تعلم بعض المهارات التعليمية الأساسية ويجب أن تكون مناهجهم الدراسية مبسطة ومعدة خصيصاً لهم ليستطيعوا تعلم العمليات الحسابية والقراءة والكتابة بما يناسب مع درجة ذكائهم.

3- **فئة التخلف العقلي المتوسط**: وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين40 – 55 وأصحاب هذه الفئة يعتبرون غير قادرين على تعلم المهارات التعليمية ولكن يمكن تدريبهم وتأهيلهم على القيام ببعض المهارات الحياتية والمهنية البسيطة.

4- - **فئة التخلف العقلي الشديد:** وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء ما بين 25 - 40 ويطلق عليهم الأشخاص الاعتماديين أي يعتمدون على الآخرين في شؤونهم الحياتية اليومية لعدم قدرتهم على تعلم المهارات اليومية فهذه الفئة غير قابلة للتعليم ولا للتأهيل فهم بحاجة إلى رعاية ومتابعة مستمرة.

5- **التخلف العقلي الشديد جداً (الحاد):** وهي الفئة التي حصلت على درجة ذكاء اقل من 25 درجة وهذه الفئة تعتبر اشد درجات الإعاقة العقلية وهي غير قادرة على التعليم ولا التدريب ولا التأهيل بسبب إعاقتهم الشديدة واعتمادهم على الآخرين في جميع شؤونهم الخاصة والعامة وغير مدركين لمكامن الخصر وغير مدركين للزمان والمكان والأشخاص فهي بحاجة إلى رعاية واهتمام بالغ وبصفة دائمة.

أنواع الإعاقة العقلية

المنغولية Mangolism

تسمى هذه الحالة باسم عرض داون نسبة للطبيب الإنجليزي John Down في عام 1866 حيث قدم محاضرة طبية حول المنغولية كنوع من أنواع الإعاقات العقلية حيث لاقى ترحيبا بالمهتمين بالإعاقة العقلية. وتبلغ نسبة المنغولية من الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة 10% ويمكن التعرف عليها قبل عملية الولادة أو أثنائها وترتبط هذه الحالة بعمر الأم خاصة بعد سن ال (30) سنة.

وترجع أسبابها إلى اضطراب في الكروموسوم رقم 21 حيث تظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثيا لدى الجنين وبذلك يصبح عدد كروموسومات الجنين المنغولي (47)كروموسوما بدلا من (46) كروموسوم للجنين العادي. ويمكن تصنيف هؤلاء الأطفال من الإعاقة العقلية المتوسطة أو البسيطة. وما يميز خصائصهم الجسمية هي الوجه المسطح وصغر حجم الأنف المائل قليلا والعيون الممتدة الضيقة باتجاه عرضي وكبر حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم واضطرابات الأسنان وقصر الأصابع والأيدي والرقبة.

حالات اضطراب التمثيل الغذائي Pyenylketonuria,PUK

يعود اكتشاف هذا الاضطراب كإعاقة للطبيب النرويجي فولنج عام 1934 حيث لاحظ أثناء فحصه الروتيني لبول أحد الأطفال تحوله للون الأخضر من اللون الأحمر البني وذلك عند إضافة حامض الفيريك مما جعله سببا من أسباب الإعاقة العقلية وهو اضطراب

التمثيل الغذائي لحامض الفينلين. وسببه هو نقص كفاءة الكبد في إفراز الإنزيم اللازم لعملية التمثيل الغذائي لحامض الفنيلين وسوء هضمه بالطريقة المناسبة مما يجعله يظهر في الدم بمستويات عالية كمادة سامة للدماغ مما يؤدي إلى اضطراب الخلايا العصبية للدماغ ومن ثم إلى الإعاقة العقلية.

وبالنسبة إلى نسبة ذكائهم فتكون حوالي 50 درج أو أقل ومن أهم خصائصه السلوكية الاضطرابات والعنف والعصابية والفصامية وأهم خصائصه الجسمية الجلد الناعم وفي بعض الحالات يبدو حجم الرأس صغير. أما علاجه فإذا تم اكتشافه مبكرا فيكون ممكناً خاصة في الأسابيع الأولى من الولادة من خلال اختبارات حامض الفيريك واختبار غثري.

القماءة Cretinism

تعتبر من مظاهر الإعاقة العقلية وهي قصر القامة (الأقزام) مقارنة بمن في مثل عمرهم ويرجع السبب في ذلك إلى نقص إفراز هرمون الثيروكسين الذي تفرزه الغدة الدرقية ومن أهم الخصائص المميزة لهذا الشخص جفاف الجلد والشعر واندلاع البطن والتخلف العقلي.

صغر حجم الدماغ Microcephaly

تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر حجم محيط الجمجمة والذي يكون واضحا منذ لحظة الميلاد وتظهر في صعوبة التآزر البصري والحركي خاصة المهارات الحركية الدقيقة بمعنى رمي لعبة أمام الطفل ونقيس مدى قدرته على الوصول إليها والإمساك بها. والأدوية أثناء الحمل وتعرض الأم الحامل للإشعاع. هذه الفئة من ذوي الإعاقات العقلية المتوسطة والبسيطة يكون سببها هو تناول الأم العقاقير.

كبر حجم الدماغ Macrocephaly

وتظهر هذه الحالة في كبر حجم محيط الجمجمة وتتراوح القدرة العقلية لهم مابين الإعاقة العقلية المتوسطة الشديدة وتظهر منذ الولادة وترجع إلى العوامل الوراثية.

حالة استسقاء الدماغ Hydrocephaly

تبدو مظاهر هذه الحالة من خلال كبر حجم الدماغ مقارنة بمن هم في مثل سنهم حيث يصاحب هذه الحالة وجود سائل النخاع الشوكي داخل أو خارج الدماغ وتعتمد درجة

الإعاقة في هذه الحالة على الوقت الذي تكتشف فيه الحالة وعلاجها ويتم التخلص من السائل الزائد بعملية جراحية وتكون إما بسبب وراثي أو مرضي.

تشخيص الإعاقة العقلية

إن الهدف الأساسي من عملية تشخيص الإعاقة العقلية هو تقديم الرعاية المتكاملة والشاملة وفي الوقت المناسب لذا يجب أن يتم التشخيص من خلال الأبعاد التالية:

أولاً: البعد الطبي. ويتضمن: التاريخ الوراثي، المظهر الجسمي والحركي، العوامل المسببة، الفحوصات المخبرية. حيث يتم الفحص الطبي للنمو الجسمي والحالة الصحية العامة وكذلك معرفة تاريخ الحالة الوراثية وأسباب الحالة وظروف الحمل ومشكلاته وعملية الولادة وفحص الحواس وإجراء التحاليل الطبية المعملية أو المخبرية اللازمة حسب كل حالة وفحص لوظائف الغدد والكروموسومات وإجراء رسم المخ) وفحص القدرة الحركية للطفل والقدرة على التوازن الحركي والتآزر الحسي الحركي وغيرها من الفحوصات الضرورية لذلك.

ثانياً: البعد النفسي السيكومتري. ونعني به إجراء الفحوص السيكولوجية (النفسية) اللازمة لتحديد القدرة العقلية للطفل ونسبة الذكاء وتقاس هذه القدرة عن طريق مقاييس واختبارات الذكاء ويحصل المعوق عقليا دائما على درجة اقل من المتوسط في أدائه على أكثر من اختبار أو مقياس والتي يعد أكثرها شيوعا مقياس النضج الاجتماعي (فايلاند) والذي يقيس ذكاءه الاجتماعي، مقياس – ستانفورد – بينية ومقياس وكسلر لذكاء الأطفال والذي يحتوي على قسمين لفظي وعملي بجانب بعض الاختبارات الأدائية مثل: (اختبار المتاهات) "بور تيوس" ولوحة الأشكال "لسيجان" ورسم الرجل "لجودانف" وغيرها.. فهي تكون ملائمة ويحصل الشخص المعوق عقليا على أدائه لتلك الاختبارات على نسبة ذكاء اقل من(70 – 75) ويحصل الشخص العادي في المتوسط على 100 درجة في أي مقياس أو اختبار وهو متوسط نسب الذكاء لدى الأشخاص العاديين.

ولاشك فيما يلاحظه الفاحص (الأخصائي النفسي) على الشخص المعوق عقليا من سلوك عام وبدائي وقدراته على التعبير محدودة ومحصوله اللغوي متأخر غير واضح وشخصيته غير ناضجة وغير متوافق انفعاليا ناتج عن وجود تلف بالمخ وجميع تلك الصفات قد تستدل من خلال المقاييس والاختبارات النفسية والشخصية الآنفة الذكر ويعتمد التشخيص النفسي لأي حالة على اكبر قدر من المعلومات المتعلقة بجوانب متعددة

بشخصية المفحوص ويعتبر الفحص النفسي أهم إجراء في حياة الطفل المعاق عموما لأنه الأداة التي من خلالها نعرف مستوى تخلف الطفل سواء تخلف عقلي بسيط أو تخلف عقلي متوسط أو تخلف عقلي شديد. وذلك ليسهل علينا وضعه في المكان المخصص له. مع مراعاة قدراته واستعداداته وتقديم البرامج المناسبة له.

ويمكن ان تزداد نسبة الذكاء للطفل المتخلف عقليا إلى مستوى أفضل، وذلك عند تلقيه البرامج المناسبة له ويعتمد على استجابته للبرنامج المناسب له، وبذلك نكون قد حققنا له قدر من زيادة في نسبة ذكاءه مما يجعله مندمج مع البيئة الخارجية لكي يتعلم بعض السلوكيات التي قد تنمي لديه النضج الاجتماعي، لذا فالتشخيص النفسي يحدد للطفل المتخلف نسبة ذكاءه لتصنيفه في المكان المخصص له.

ثالثاً: البعد الاجتماعي. ويقاس بمقاييس منها مقاييس السلوك التكيفي مثل مقياس الجمعية الأمريكية ABS AAMR). ويتضمن تحديد التفاعل الاجتماعي ومدى التعاون ومدى اعتماده على الآخرين وتحمل المسؤولية، ومعرفة التاريخ الأسرى للمعاق والبيئة التي يعيش بها ومدى تقبله للأسرة وانسجامه معها، وطرق تعامل الأسرة معه، وعلاقاته بأخوته.

رابعاً: البعد التربوي. ويتمثل في استخدام مقياس التحصيل التربوي مثل مقاييس المهارات اللغوية، العددية، القراءة، الكتابة. وهو تقرير يتضمن مدى قدرة الطفل على التعلم ويتضح ذلك من خلال الاستعدادات والقدرات الأكاديمية والاستفادة من الخبرات السابقة وقدرة الطفل على الحفظ والتذكر والانتباه والتفكير ومعدل نموه في اللغة كالتعبير اللفظي والحصيلة اللغوية ومن مؤشرات التخلف العقلي (الفشل الدراسي) و(تكرار الرسوب) في معظم المقررات الدراسية أو عدم تخطي الصفوف وخصوصا صفوف المرحلة الابتدائية الأولية. إضافة إلى ما يعانيه من اضطرابات في العلاقات مع زملائه واللامبالاة بمعلميه وإهمال ممتلكاته المدرسية والعبث بممتلكات الآخرين وينتابه فرط في الحركة ويواجه المعاق عقليا صعوبة عند الاستقبال. وهناك بعض المقاييس التي تساهم في التشخيص لمعرفة مدى استعداداته وقدراته.

أنواع اختبارات ومقاييس الذكاء العالمية والتي تستخدم في تشخيص الإعاقة العقلية

هناك نوعين مهمين من اختبارات الذكاء لأنها أكثر الاختبارات شيوعاً واستخداماً:

1- مقياس ستانفورد بينيه: ظهر هذا الاختبار في سنة 1905م على يد (بينيه وسيمون) في فرنسا ويتكون هذا الاختبار من(30) فقرة متدرجة في الصعوبة ويطبق على الأطفال ويستغرق تطبيقه من 30 إلى 90 دقيقة وتصحيحه من 30 إلى 45 دقيقة ويعتبر أكثر الاختبارات شيوعاً وأسهلها ويتمتع بصدق وثبات مقبول وقد تم تعريبه إلى العربية واستخدم في بعض الدول العربية مثل الأردن والسعودية ومصر. ولا يختلف كثيراً في درجاته عن درجات الجمعية الأمريكية لاختبارات الذكاء.

2- مقياس وكسلر: نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى اختبار (بينيه) فقد قام (وكسلر) بوضع ثلاثة اختبارات للذكاء قدمها لثلاث فئات عمرية وهي:

أ. اختبار وكسلر للكبار من سن 16 سنة فما فوق.

ب. اختبار وكسلر للأطفال من سن6 – 17 سنة.

ت. اختبار وكسلر لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة من سن4 – 6 سنوات. ويستغرق تطبيقه من 50 – 75 دقيقة وتصحيحه من 30 – 40 دقيقة. وهو أيضا لا يختلف كثيراً عن تصنيفات درجات الجمعية الأمريكية واختبار بينيه للذكاء.

أنواع الاختبارات والمقاييس الاجتماعية لقياس البعد الاجتماعي

1- مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي: ويهتم بالأبعاد التالية (مراحل النمو الجسمي وتطوره. ونمو اللغة، والقدرة على تحمل المسؤولية، ومهارات العمل، والأنشطة المهنية والاقتصادية والمنزلية، والبيئة التربوية، والتوجيه الذاتي.

2- مقياس (فيلاند) للنضج الاجتماعي: ويشمل هذا المقياس (117) فقرة تقيس ا لجوانب والمهارات الحياتية اليومية مثل (العناية بالنفس، وارتداء الملابس، العناية بالمأكل، والاتصال الاجتماعي، وتوجيه النفس، والنضج الاجتماعي، والتقبل في البيئة، والمهنة

مشكلات تشخيص الإعاقة العقلية

تعد عملية التشخيص حجر الزاوية في بناء البرامج والتدخلات العلاجية والتأهيلية للمعاقين عقليا، فهي الأساس الذي من خلاله نستطيع أن نفهم ونتنبأ بمآل الحالة ومدى استفادتها بما سيقدم لها. ولا توجد طريقة مباشرة نستطيع من خلالها تشخيص الإعاقة العقلية فالحالات تختلف فيما بينها وتتباين في خصائصها.

وفي عملية تشخيص الإعاقة العقلية هناك معايير نلتزم بها وقد وردت في التعريف الذي أقرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام 1990م وهذه المعايير هي:

1- انخفاض دال عن المتوسط في وظائف القدرات المعرفية وتقدر عن طريق استخدام مقياس ذكاء مقنن فإذا حصل الفرد على درجة اقل من المتوسط بمقدار انحرافتين معياريين فإننا نتوقع أن نكون أمام حالة إعاقة عقلية.

2- قصور في المهارات التكيفية (الاتصال، الرعاية الذاتية، المهارات الاجتماعية، الوظائف المتضمنة في الأعمال الأكاديمية، المهارات العملية، قضاء وقت الفراغ، الإفادة من خدمات المجتمع، التوجيه الذاتي، العمل والحياة المستقلة) وهذا القصور يتعين علينا توثيقه في سباق البيانات المجتمعية العادية التي يعيشها أقران الفرد من نفس فئته العمرية.

3- أن يبدأ قبل سن 18 سنة. ومن هنا يتضح حتمية الجمع في تقييم الإعاقة بين القدرات المعرفية والمهارات التكيفية، فمن الخطأ الفادح قصر التقييم على جانب واحد فقط من الجانبين (القدرات المعرفية والمهارات التكيفية) وهو ما يقع فيه كثير من الأخصائيين عند التشخيص.

إن مشكلة تشخيص الإعاقة العقلية تكمن في اعتقاد البعض أن هذه العملية ليست إلا استخدام اختبار ذكاء مقنن يناسب المفحوص من حيث العمر الزمني وهنا تقع المشكلة لأسباب كثيرة منها:

- إن الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد فهي متداخلة ومتشابكة وليس هناك حدود فاصلة نستطيع من خلالها الفصل بين تلك الجوانب، فكل حالة من حالات الإعاقة العقلية تختلف في مدى خصائصها عن الحالة الأخرى، ويعد قياس القدرات المعرفية هنا هو بعدا واحدا من مجموع الأبعاد الأخرى ومن خلال عملية القياس لا يمكن الرجوع إلى العوامل التي قد تكون أثرت بالفعل في هذا القياس.
- من الممكن أن تكون القدرة العقلية الكامنة أعلى من القدرة العقلية الظاهرة والتي ظهرت من خلال موقف الاختبار وهذا راجع إلى القصور الحركي أو الانفعالي أو الحسي أو الإدراكي لدى المعاق عقليا ويمثل هذا قصور في عملية التشخيص ولا يمكن الاعتماد عليه.

قصر التشخيص على جانب واحد فقط المعرفي أو التكيفي، فالسلوك التكيفي يعني ما يفعله الشخص عادة، بينما تعني القدرة المعرفية ما يمكن للفرد أن يعمله، ومعرفة مستوى المعاق في كل من الجانبين هو أمر ضروري وهام لوضع برنامج ملائم لمستوى قدراته المعرفية وسلوكه التكيفي للارتقاء بها.

إذا عملية التشخيص لا تنتهي بالتحديد الكمي أو الوصفي لسلوك المفحوص بل لابد من استخدام تلك البيانات وتوظيفها للتعرف على حالة المفحوص وتحديد البرنامج الذي يناسبها ومراعاة إمكاناتها المختلفة.

لقد استقطبت الوقاية من الإعاقة العقلية والوقاية منها استقطاب العالم أجمع، في الآونة الأخيرة، وبرزت كأحد المسائل التي تتطلب المواجهة الفعالة وتركيز الجهود، ومن المؤكد أن مشكلة يعاني منها نسبة كبيرة من الناس في شتى أنحاء العالم، لا بد وأن توضع في قائمة الأولويات بين المسائل التي تستوجب المجابهة الإيجابية والفعالة التي تتطلب تكاتف الجهود المحلية والعالمية لمواجهتها بشكل علمي جاد، ولذلك تضافرت جهود كل الأطباء والمتخصصين لوضع البرامج الوقائية للحد من حدوثها.

خصائص الإعاقة العقلية

يتشابه المعاقون عقلياً في صفة واحدة وهى الإعاقة ويختلفون في كافة المظاهر. يمكن حصر خصائص المعاقين عقليا العامة في خمسة جوانب هي كما يلي:

الخصائص العامة

من الصعوبة التوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقليا..

سنحاول هنا إبراز أهم الخصائص وأكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، مع التنويه إلى أن هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقليا لكنها تختلف في درجتها بين معوق و آخر تبعا لعوامل متعددة، أبرزها:

1- درجة الإعاقة.

2- المرحلة العمرية.

3- نوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الأسرة أو برنامج التربية الخاصة.

1- الخصائص الجسمية.

وتكون على شكل تأخر في النمو الجسمي، صغر الحجم ويكونوا أقل وزناً من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية وتأخر في الحركة و الاتزان.

حيث يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقليا إلى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة.. فالمعوقين عقليا اصغر في أحجامهم وأطوالهم من أقرانهم العاديين.. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحا على مظهرهم الخارجي.. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس و الوجه وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا و السفلى..

كما أن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقليا تتسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة التعب والإجهاد.. وحيث أن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم اقل و تعرضهم للمرض أكثر احتمالا من العاديين، فان متوسط أعمارهم أدنى. ولكن التقدم في الخدمات الصحية والتكنولوجيا الطبية، وتحسن الاتجاهات و الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم.

أما فيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطئا في النمو تبعا لدرجة الإعاقة. ونجد أن غالبية المعوقين عقليا يتأخرون في إتقان مهارة المشي و يواجهون صعوبة في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة.

2- الخصائص العقلية والمعرفية

فهم يتمتعون بذكاء أقل وتأخر النمو اللغوي مع الضعف في: الذاكرة، الانتباه، الإدراك، التخيل، التفكير، الفهم والتركيز.

أ. الانتباه

يعاني المعاقين عقليا من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت.. وهذا يفسر عدم مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، أو مناسبة للعاديين.. كما أن ضعف الانتباه و ضعف الذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم. وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة.

ب. التذكر

إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر ولذا فانه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ومن العوامل التي تسهم في ضعف الذاكرة لدى المعوقين عقليا ما يعرف بضعف القدرة على القيام بعمليات الضبط المتتابعة، والتي تعتبر ضرورية لإعادة تكرار الشيء في ذهن الشخص حتى يستطيع حفظه.

ج. التمييز

بما أن عمليات الانتباه و التذكر لدى المعوقين عقليا تواجه قصورا ,فان عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين. وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعا لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة. أما فيما يتعلق بدرجة الإعاقة فنجد أن المعوقين عقليا بدرجة شديدة يتعذر عليهم في معظم الأحيان التمييز بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة (دون تدريب مسبق)، أما فيما يتعلق بمتوسطي الإعاقة فإنهم يظهرون صعوبات في تمييز الخصائص السابقة. لكن نلاحظ أن الصعوبات ابرز ما تكون في تمييز الأوزان والأحجام والألوان غير الأساسية..كما أن هذه الصعوبات تزداد كلما ازدادت درجة التقارب أو التشابه بين المثيرات، أما بسيطو الإعاقة العقلية فإنهم يواجهون مثل تلك الصعوبات لكن بدرجة اقل.

د. التفكير

تعتبر عملية التفكير من أرقى العمليات العقلية وأكثرها تعقيدا..فالتفكير يتطلب درجة عالية من القدرة على التخيل و التذكر وغير ذلك من العمليات العقلية. إن الانخفاض الواضح في القدرة على التفكير المجرد التي يتميز بها المعوقون عقليا، تفرض علينا أن نهم

بقدر كبير بتوفير الخبرات التعليمية على شكل مدركات حسية، ومن ثم شبه مجردة و من ثم مجردة.

3- الخصائص الاجتماعية

حيث يعانون غالبا من ضعف في التكيف الاجتماعي، نقص في الميول والاهتمامات، عدم تحمل المسئولية الانعزالية، العدوانية مع تدنى مفهوم الذات.

4- الخصائص العاطفية والانفعالية

وتتمثل الخصائص العاطفية في عدم الاتزان الانفعالي، عدم الاستقرار وكثرة الحركة، سرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى مع ردود الفعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي حيث توجد اختلافات كثيرة بين فئة المعاقين عقليا في خصائصهم الانفعالية والاجتماعية، ويرجع ذلك إلى:

أ- ارتباط صفات انفعالية بمصدر السبب.

ب- أن الخصائص الانفعالية والاجتماعية، تتوقف على نوع التفاعل الذي يحدث بين المتخلف عقليا وبيئته

ويتصف المعاقون عقليا بهذه الصفات:

(العدوان، والانسحاب، والسلوك التكراري، والتردد، والنشاط الزائد، وعدم القدرة على ضبط الانفعالات، وعلى إنشاء علاقات اجتماعية فعّالة مع الغير، والميل نحو مشاركة الأصغر سنا في نشاطهم وعدم تقدير الذات، وعدم الشعور بالأمن والكفاية).

والمعاق عقليا يعيش في عالم لا يواجه فيه سوى الفشل المستمر ولا يشعر فيه إلا بالعجز وقلة الشأن، والشعور بالدينونة، ويظهر هذا السلوك في تعامله مع الآخرين، فهو لا يهتم بنظافته الشخصية ولا يهتم بتكوين علاقات اجتماعية مع غيره، أو مشاركتهم في أوجه نشاطهم، ويتصف المعاق عقليا في معظم الأحيان بالبلادة وعدم الاكتراث، وعدم التحكم في الانفعالات. إن المعاق عقليا يرى نفسه يختلف عن غيره من الآخرين ولذلك فإنه يتصرف تصرفات غير لائقة ومناسبة، ويشعر بأنه عاجز وقليل الشأن بالنسبة لغيره

من الأسوياء، ولذلك فمن الواجب أن نجعل المعاق عقليا يثق بنفسه، وذلك عن طريق رعايته والاهتمام به وإرشاده ومدحه إذا فعل شيئا صحيحا، ويجب علينا تشجيعه على المشاركة مع الآخرين في مختلف النشاطات.

5- الخصائص اللغوية:

يعاني المعاقون عقليا من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة.ومن الصعوبات الأكثر شيوعا التأتأة، والأخطاء في اللفظ و عدم ملائمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات التي تواجه المعاقين عقليا ما يتعلق بفصاحة اللغة و جودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة لا تتناسب مع العمر الزمني.

مشكلات الإعاقة الذهنية

أولا: اتجاهات المجتمع الخاطئة نحو المتخلفين عقلياً هي أخطر من الإعاقة نفسها ومن أمثلتها:

1- إطلاق بعض الألقاب والاستهزاء.

2- الحماية الزائدة.

3- القسوة الزائدة.

ثانيا: مشكلات أسرية

1- نظرة الوالدين للطفل المعاق على أنه عقاب من الله لهم على أخطاء سابقة

2- إنكار بعض الوالدين إعاقة أبناؤهم

3- رفض الطفل المعاق

4- خجل الوالدين من وجود طفل معاق لديهم.

ثالثا: مشكلات تربوية

1- نقص الإمكانات والأجهزة اللازمة لتعليم هذه الفئة.

2- نقص المعلمين المؤهلين والمدرسين لرعاية هذه الفئة.

رابعا: مشكلات مهنية

1- نقص فرص العمل أمام المتخلف عقلياً.

2- نظرة أصحاب العمل للمتخلف بأنه أقل إنتاج.

خامسا: مشكلات انفعالية

وتتمثل في الشعور بعدم الرضا والخوف والإحباط والنقص

الوقاية من الإعاقة العقلية

تعريف الوقاية من الإعاقة. هي مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف إلى الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية، والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز، بهدف إتاحة الفرص للفرد لكي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته، بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لتحقيق حياة أخرى أقرب ما تكون من العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي.

أهمية الوقاية من الإعاقة. على الرغم من أن الإعاقة العقلية هي عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي 25 ٪ من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، وهذا يعني أن75 ٪ من أسباب الإعاقة العقلية ما زالت غير معروفة.

ولكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولا شك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في التقليل من نسبة انتشارها.

ولا تؤدي العملية الوقائية الأغراض التي وضعت من اجلها، إلا إذا تضافرت جميع الجهود لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل:

1- الأسرة والمجتمع بكافة أفرادها، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية.

2- الباحثين والدارسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والقائمين على تنفيذها.

مستويات الوقاية من الإعاقة العقلية

تقسم مستويات الوقاية من الإعاقة إلى ثلاث مستويات وهي:

1- الوقاية الأولية

وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية والاجتماعية والثقافية في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة.

2- الوقاية الثانوية

وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر.

3- الوقاية الثلاثية

وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة.

مبادئ الوقاية من الإعاقة

أهم مبادئ الوقاية ما يلي:

1- التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.

2- رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسر.

3- التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، والإرشاد الجيني، والإرشاد الصحي.

4- توعية المجتمع.

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية

من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية وأكثرها أهمية:

1- برنامج الإرشاد الجيني. وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج أو الأسر التي لديها طفل معوق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعوي حيث يتم إجراء الفحص الكروموسومى أثناء الحمل، وكذلك إجراء فحوص الدم للعامل RHعلى الأم والطفل عند الميلاد، وإجراء اختبار PKUعلى الطفل في الأسابيع الأولى بعد الميلاد والإسراع بعلاج الحالات الايجابية منها.

2- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل. وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات والراحة النفسية.

3- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى. من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الاختناق وغيرها.

4- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر. ويركز على توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وان اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي).

1. فحص وتوجيه الراغبين في الزواج خاصة من أفراد الأسر التي ظهرت فيها حالات تخلف عقلي.

2. زيادة الرعاية الصحية أثناء الحمل والاهتمام بتوفير الغذاء الكامل للأطفال وخاصة الأغذية الغنية بالبروتين.

3. الاهتمام ببرامج تنظيم الأسرة وتنظيم الإنجاب على فترات متباعدة وخاصة ما يهدف إلي خدمة الأسرة التي تعانى من أمراض وراثية مؤدية إلى تخلف عقلي.
4. تجنب تعرض الأم لأشعة إكس والعلاج بالنظائر المشعة أثناء فترة الحمل.
5. رفع وعى المواطنين نحو تجنب الزواج من الأقارب وخاصة تلك التي يوجد في تاريخها حالات تخلف عقلي.
6. وقاية الأطفال من الإصابة ببعض الحميات التي تصيب المخ والأجهزة العصبية مثل الالتهاب السحائي والايدز.
7. وقاية الأطفال أثناء الولادة وبعدها من إصابات الجمجمة والمخ.
8. توعية الأمهات بالإجراءات الوقائية ضد إصابات الأطفال بالتسمم وخاصة مركبات الرصاص التي تلوث الهواء والماء والغذاء، وتجنب الأغذية المكشوفة المعرضة لأتربة الشارع وما تحمله من رصاص.
9. العمل على رفع مستوى المعيشة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية والتغذية التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره حيث ثبت علميا أن الفقر والجهل والتغذية وعدم توفر الأنشطة الذهنية الحافزة للذكاء واللازمة لتنميته في البيئة التي يعيش فيها الطفل في السنوات الأولى من عمره.

هذا فيما يتعلق بمقومات البرامج الوقائية. ولكن في حالة حدوث الإعاقة لأي من الأسباب السابقة أو غيرها فانه يجب اتخاذ بعضاً من الإجراءات التالية:

1. الاكتشاف والتأهيل المبكر لحالات التخلف العقلي قبل أن يستفحل الخطر وتصبح البرامج العلاجية بعده عديمة الفائدة.
2. تدريب الآباء والأمهات على احترام السلوك الشخصي للمتخلف العقلي وتقبله والتعامل معه.
3. اكتساب المهارات الأكاديمية الأساسية من قراءة وكتابة وحساب عن طريق برنامج تدريبي تعليمي مناسب.

4. تنمية القدرة على التعامل مع الآخرين عن طريق الاشتراك في المواقف والخبرات الاجتماعية المناسبة المتكررة.
5. تحقيق التكيف والتوافق الانفعالي والاستقلال الذاتي في الأسرة والمدرسة عن طريق برنامج متكامل.
6. العمل على التعامل مع الاضطرابات النفسية وعيوب النطق والكلام والتآزر الحركي التي تصاحب التخلف العقلي أو تأتى نتيجة له.
7. الإعداد المهني للالتحاق ببرامج التدريب المهني عن طريق برنامج توجيه وتدريب مهني يتفق مع قدرات الطفل العقلية ونواحي القصور الجسمي الأخرى.
8. تكوين رأى عام حول المشكلة يكون له ثقله ويصبح قوة ضاغطة مؤثرة في الجهازين التشريعي والتنفيذي لمساندة قضية المتخلفين عقليا.
9. التوسع في خدمات رعاية وتأهيل المتخلفين عقليا حتى تمتد هذه الخدمات لتشمل اكبر عدد ممكن من الأطفال.
10. الاهتمام باستخدام وسائل الإعلام كأنه في التعرف على المشكلة وأعراضها.
11. توسع فرص العمل أمام المتخلفين عقلياً عن طريق فتح مجالات جديدة لتدريب وتشغيل أفراد هذه الفئة من الأطفال والشباب.

إن من أكثر اللحظات إيلاماً للأبوين أن يسمعوا بأن طفلهم به إعاقة عقلية. ولكن. يجب أن نستخدم هذا التصور لأنه من الممكن أن يكون مفيداً عندما نستخدمه بطريقة صحيحة وفيما يحزن الأبوين على أن الإعاقة ستظل طوال العمر. فإنه يجب على الأبوين أن يكونا واقعيين في برنامج تعليم طفلهم لضمان تأهيله لأعمال نافعة.

ومن المؤلم للأبوين أيضا أن يفكرا في مصير هذا الابن، وأن يتنبأ بما يعطيهم إحساساً بالرغبة في تحقيق ما توقعوه دون تغييره وهو أن طفلهما سيظل ذكاؤه أو إعاقته العقلية أقل من المستوى العادي. ومن المؤلم لهم أيضاً استخدام مصطلحات غامضة لحماية الأبوين من الحقيقة، وتجنب المناقشة عن ذلك الموضوع وعدم المكافحة مع البرامج الخاصة لتعليم طفلهم، فالمدرسة غير المجهزة والضغط داخل المنزل يجعل تاريخ الأسرة مليئاً بالفشل والإحباط بالنسبة للطفل.

معيقات التدخل المبكر في الدول العربية

1- نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.

2- عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.

3- تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.

4- لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها مما يقود إلى توقع حدوث معجزات تساعد الطفل على التغلب من الإعاقة أو حتى التخلص منها بدون تدخل.

5- عدم توفر مراكز تدخل مبكر متخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.

6- عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.

7- غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة من جهة وبسبب التحديات العديدة الأخرى التي ينبغي مواجهتها من جهة.

التدخل العلاجي والتأهيل

نعلم جميعاً أن التخلف العقلي ليس مرضاً ولكنه حالة قصور وتوقف في نمو الذكاء والقدرات العقلية، يتعذر أو بالأحرى يستحيل علاجه بالمعنى المفهوم للشفاء منه. فلم يكتشف الإنسان حتى الآن علاجاً طبيا لا بالعقاقير ولا بالجراحة ولا بغيرها ولكنه نجح في تنمية وإثراء استخدام هذا القدر المحدود من ذكاء الطفل إلى أقصى حد ممكن، خاصة بالنسبة إلى حالات التخلف العقلي البسيط والمتوسط، إلى درجة تمكن من أن يحيا حياة أخرى ما تكون إلى الطبيعة والاعتماد على النفس في رعاية الذات وتحقيق قدر معقول من الحياة الاقتصادية والاجتماعية وذلك عن طريق البرامج التعليمية المركزة في شكل برامج

تأهيل شامل وتدريب مهني يعده السوق العمل. ولكن حياة الطفل تتطلب البدء مبكرا بذلك. كذلك تؤثر مشكلة التخلف على الأسرة تأثيراً مباشراً، حيث يسبب قدوم طفل متخلف عقليا مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية متعددة.

وغالباً ما تنتاب الأبوين مشاعر متباينة مثل الحزن والخوف والحيرة والقلق والشفقة والغضب والحسرة، والبعض قد يستجيب بالرفض أو عدم استيعاب الحقيقة، وهى أن ابنهم غير قادر على مواصلة الدراسة العادية أو ممارسة حياته العادية كالآخرين من الأطفال حيث يتشككون في تشخيص الأخصائيين.

ولهذا نجد الإباء ينتقلون بين العديد من المتخصصين لعل احدهم يبعث فيهم الأمل في شفاء ابنهم وعودته طبيعيا مكتمل الذكاء، وفى نهاية المطاف يدرك الآباء هذه الحقيقة، وقد تنتابهم بعض المشاعر السلبية من الإحساس بالذنب والمسئولية والخجل من أطفالهم وهم يتألمون، وقد يخفيان طفلهما المعاق عن الآخرين أو يتجنبان الخوض معهم في حديث عنه لتجنب الإحراج ومشاعر الخجل لإنجاب طفل معاق فلا يذكرونه إلا نادرا.

ومصدر ذلك ناجم عن قصور وعيهم بالحقائق المرتبطة بولادة الطفل المعاق، كما لو كانوا هم المسئولين عن أحداث تلك الإعاقة، في حين أن كل ما يصيبنا من خير أو بلاء هو من عند الله، وعلينا أن نتقبله ونرضى بقضائه، فكلما تقبلنا الطفل المعاق ذهنيا وتعاملنا معه على انه طفل طبيعي مع مراعاة سلوكياته وقدراته الذهنية المحدودة، وقدمنا له تدريباً ورعاية مبكرة وتعاملنا مع الأمر بالتأني والصبر والمثابرة في الوصول إلى النتائج المتوقعة وغمرناه بالحب والعطف والتقبل دون تدليل وحماية زائدة ودون تجاهل أو إهمال أو رفض تمكنا الوصول به إلى بر الأمان

مهارات التأقلم اللازمة للحياة اليومية adaptive skills

مهارات التأقلم هي مهارات الحياة اليومية التي نحتاجها حتى نحيى، ونعمل، ونلعب ضمن مجتمعنا. وهي تشمل مهارات التواصل، العناية بالنفس (مثل النظافة)، المعيشة المنزلية، أوقات الفراغ، الصحة والأمان، توجيه النفس، والمهارات الأكاديمية الوظيفية (القراءة، الكتابة، وأساسيات الحساب)، وكذلك مهارات العمل والعيش مع المجتمع..

ويتم تقييم مهارات التأقلم عبر تقييم الشخص في بيئته المعتادة وعبر جميع أوجه الحياة. وقد لا يتم تشخيص الفرد ذي القدرة الذكائية المحدودة على أنه معاق ذهنياً حينما لا يظهر صعوبة في مهارات التأقلم.

البرامج التعليمية للمعاقين عقلياً

هناك بعض البرامج التعليمية لفئة المعاقين عقليا، حيث أنهم الأولى والأشد حاجة إلى ذلك.

وهناك رأيان حول تعليم المعاقين عقليا:

- **الرأي الأول:** يرى أن ما يتعلمه المعاق ذهنيا شبيه بما يتعلمه الشخص العادي، إلا أن ما يتدرب عليه الثاني في سنة يتعلمه الأول في سنتين أو ثلاثة.
- **الرأي الثاني:** يرى أن المعاق يختلف عن قرينه العادي في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية وبالتالي فإن أساليب وبرامج تعليمية تختلف كما وكيفا عن أساليب وبرامج العاديين.

يشتمل التعلم بشكل عام على ثلاث عمليات أساسية:

1- تنظيم المدخلات.

2- الذاكرة.

3- الانتباه.

هناك تداخل بين الثلاث عمليات

الانتباه: يعاني المتأخرين ذهنياً من قصور في الانتباه والسبب عند زيمان وهاوس (1958-1962) أن القصور في الانتباه ناتج عن نقص لدي المتأخرين ذهنياً في تعلم التميز ونعني به (عرض مجموعة من المثيرات تختلف في عدد من الأبعاد (الشكل، اللون، الحجم) ويطلب من الطفل أن يختار واحداً من المثيرات عند تعليم المتأخرين ذهنياً " التمييز " على المدرسين أن يتبعوا لعدة خطوات منها:

1- أن يستخدموا أشياء ذات ثلاث أبعاد.

2- أن يرتبوا المهام من الأسهل إلى الأصعب.

3- أن يتحاشوا الفشل.

4- أن يرتبوا المهام من الملموس إلى المجرد.

5- تنظيم الأشياء في مجموعات ذات أبعاد مناسبة.

ولكن يرى البعض أن هذه التجربة تحتاج إلى بحث ودراسة فقد يكون فشل الأطفال المتأخرين في التمييز بين الأشياء أنهم انتبهوا إلى أبعاد غير صحيحة للأشياء والمهمة المحددة

تنظيم الإدخال : Input organization

عندما أتأكد من انتباه الطفل فإن الخطوة التالية بأن نعطي معنى للمثيرات المقدمة أو بمعنى آخر (نرمز المدخلات) ترسيم ذهني أي تحويل المدخلات من جزئيات كثيرة إلى رموز ولذا عملية التعليم يمكن تجزئتها كالتالي:

1- استثارة للطفل

2- حضور وانتباه لمثير معين

3- إدخال (تصنيف المعلومات ووضعها في مكان معين

4- حفظ (الاحتفاظ في مخزن دائم) الذاكرة القصيرة

5- استرجاع المادة من الملف المؤمن عند الضرورة (استدعاء)

6- تخزين (وضع المعلومات في ملف دائم مناسب) الذاكرة الطويلة

7- استدعاء استرجاع المادة من الملف الدائم عند الضرورة المشكلة بالنسبة للمتأخرين ذهنياً في تصنيف المعلومات ووضعها في مكان محدد في الذاكرة القصيرة.

كيف ينظم المدرس المعلومات قبل تقديمها للأطفال المتأخرين ليساعدوهم على تعلمها؟

تجميع المعلومات والأشياء أو المواد التعليمية مكانياً أبسط الطرق لبناء هذه المواد ويمكن تذكرها أسهل بالنسبة للأطفال المتأخرين ذهنياً أن يتذكروها.

الذاكرة:

أن التخلف العقلي عرف ارتباطه بضعف الذاكرة وكلما زادت شدة التخلف كلما زادت عيوب الذاكرة

وأن هذه العيوب ترتبط مع عدم القدرة على التركيز على المثيرات المناسبة في الموقف التعليمي

إذن كيف يمكن أن تتعامل مع هذه الخاصية داخل الفصل وأثناء تعليم أطفال متخلفين ؟

نقول أساليب العالم سميث 1968 لتسهيل الذاكرة القصيرة المدى وتثبيت المعلومات فيها:

1- قلل من المثيرات البيئية المشوشة والتي تؤدي إلى تشتيت التلاميذ

2- قدم كل مكون من المثيرات بشكل واضح مع المساواة بينها في القيمة الأولية

3- ابدأ بالمهام البسيطة وانتقل نحو الأكثر تعقيداً.

4- تجنب المواد غير المناسبة في المهمة التعليمية.

5- سمى المثيرات (أعطى لكل مثير اسمه (.

6- قلل التعزيز لتجنب التشويش الناتج عن توقع المكافأة.

7- وفر الممارسة عن طريق الأنشطة.

8- أربط بين ما تم ممارسته والمجالات الجديدة

9- اجعل المهارات المشتملة على الذاكرة قصيرة المدى مركزاً للبرنامج

10 التزم بمبدأ التكرار لتحسين أداء المتعلمين في المدى القصير (الذاكرة قصيرة المدى).

11- التكرار يحتاج إلى ثلاث إلى خمس مرات للمهارة

12- لا تتوقع أن المتعلم بعد تطبيق (مبدأ التكرار) أن يكتسب قدرة على التعميم فيجب أن نفرق بين (الذاكرة طويلة المدى والتعميم أي نقل أثر التدريب)

13- اعتمد على التكرار المنوع في الظروف والمواقف في حصص قصيرة فهذا من شأنه أن ينتج عنه معدل أكبر في الاكتساب والتعلم ودرجة أكبر في الحفظ من الممارسة التجميعية، فالممارسة الموزعة تحسن من الأداء التعليمي للمتأخرين ذهنياً .

- الخبرة المحسوسة في المادة أو المعلومات المقدمة للأطفال المتأخرين تزيد من ميلهم لتعلمها

-يعاني المتأخرين من قصور لغوى، ولكن الجانب اللغوي قابل للتعديل، وبالإضافة إلى مشكلات النطق هناك صعوبات في:

- محدودية حصيلة المفردات
- تمييز سمعي غير مناسب
- بناء نحوي وصرفي ضعيف
- أثر الوسيلة التعليمية أكبر عند الطفل المتأخر ذهنياً وخاصة أشرطة الفيديو والكمبيوتر بسبب أثر الحركة واللون والصوت وقوة التركيز أثناء المشاهدة.

ثانياً: المناهج والبرامج الخاصة بالمتأخرين القابلين للتعلم:

- نسبة الذكاء تقع بين (50-70) إن المشكلة الرئيسية في اختيار منهج للتلاميذ المتأخرين القابلين للتعلم (EMR) هي أنهم يختلفون فيما بينهم بشكل كبير بحيث أن ما يناسب أحدهم قد لا يكون مناسباً للآخر.
- مجموعة المتأخرين ذوي التخلف البسيط هم مجموعة مختلطة من كل السمات فيما عدا أنهم يحصلون على نسب ذكاء تقع في العادة بين (50-70).

-لا يقتصر الاختلاف بين الأطفال المتأخرين القابلين للتعلم على القدرات العقلية فقط بل يختلفون في الخصائص السمعية والخلقية والثقافية (البيئة) - واضطرابات في اللغة - الاضطرابات السلوكية.

-هناك عامل مشترك بينهم وهي أنهم جميعاً قد قابلوا صعوبة أساسية في الفصل العادي باعتبارهم طلاب علم غير قادرين على تعلم المواد الأساسية في المناهج العادية.

- إذن المنهج أو البرنامج يكون هدفه الأساسي والرئيسي أن يملك هؤلاء الأطفال المهارات والاتجاهات لحياة ناجحة وعمل منتج في المجتمع.
- أن يمتلك المتعلم المتأخر ذهنياً مهارات مهنية وشخصية واجتماعية
- أن يعد المنهج بحيث يحقق هذا الهدف في صورة متتابعة
- المتعلمين المتأخرين ذهنياً (بسيط) يتلقون تعليمهم في مراحل متتالية الابتدائي والمتوسط والتأهيل وهناك مرحلة برامج ما قبل المدرسة
-في المرحلة الابتدائية يكون محتوى المنهج منصباً على المواد الأساسية القراءة والكتابة والحساب.
-في المرحلة المتوسطة موجهاً للإعداد والتدريب المهني بالإضافة إلى المواد الأساسية التي تركز على المهارات الأكاديمية والمواقف الحياتية ونركز على المهارات في الحياة العملية والمواقف المهنية.
-المواد الأكاديمية الأساسية تعلم فقط في إطار أنشطة المعيشة اليومية.
-البرنامج الوظيفي في مجال القراءة منصباً أساساً فقط على تلك الكلمات التي تسهل عملية التكيف في بيئة الطفل.
-التنمية الوظيفية لمهارة الحساب ترتبط أكثر بحاجات البيئة.
-الطريقة الوظيفية تقرن بين المهارة التي تعلمها للتلميذ مع المؤشرات البيئية ويؤكد سنيل Snell(1983) على أن المعلم يجب أن يستخدم المواد التعليمية الواقعية، وما يتم استخدامه في التعليم العام من وسائل تعليمية لا يكون التلميذ المتأخر قادراً على الربط بينها وبين عالمه.
-الطريقة الوظيفية هي الأفضل للتعلم التكيفي - كما تقل الطبيعة التجريدية للمقررات الأكاديمية الأمر الذي يسهل التعليم الأكثر كفاءة للتلميذ المتأخر ذهنياً.
-المحتوى لكتاب المدرسين يتم بتتابع من الأسهل إلى الأصعب.
- قدم المعلومات الواقعية والتصورية في تتابع

- تذكر أن الطفل المتأخر عندما نتعامل معه بتفصيلات شديدة التحديد فإنه يقابل صعوبات كبيرة في نقل أثر التعلم والتدريب نعني به التعميم والربط ونقل الخبرة إلى موقف آخر.

-المتأخرين ذهنياً تكون لديهم القدرة على نقل أثر التدريب بشكل أكثر فاعلية إذا كانت التعليمات المعطاة لهم أكثر عمومية.

- أن وجود معنى مرتبط بالواقع له أثر في قدرة المتعلمين المتأخرين على نقل أثر التدريب وتكون أسهل في تعلمها.

ثالثاً: برامج التدريب المهني للمتأخرين ذهنياً:

طريقة التشكيل أو التقريب المتتابع:

- تهتم هذه البرامج بإكساب الفرد مهارات تتصل بالمهنة.

-تستخدم أساليب التعلم التي تعتمد على التشكيل والتسلسل وهما يعتمدان على تجزئة سلوك العمل (الإنتاج) إلى أجزاء صغيرة أي مهام أو واجبات.

- استخدام أسلوب (التعزيز (الإيجابي منه بصفة خاصة عند إتمام كل مهمة من هذه المهمات.

هناك اعتبارات أساسية يجب الانتباه إليها مثل:

1- أن تُدرب المتعلم (المتأخر) متجهاً إلى أداء مهمة أو واجب معين وليس مجموعة من الواجبات

2- أن تكون المسئولية المطلوبة من الأداء الذهني بما يناسب هذه القدرة

3- أن لا يكون التدريب على مهام يستلزم العمل على الآلات أو القيام بأعمال فيها خطورة على حياة المتأخر أو غيره

4- - أن يتم التدريب على أساس فردي رغم وجود الفرد مع جماعة من المتدربين

5- ألا يعتمد المتدرب على جوانب تجريدية

6- - أن تستخدم طريقة التكرار (مبدأ التكرار) للمهمة أو الواجب عدة مرات قبل الانتقال لواجب آخر وأن يصحب ذلك بالتعزيز المناسب.

7- يفضل أن يعرف المتدرب نتيجة عمله من حيث موقعه في المنتج النهائي واتصاله بأعمال الآخرين

8- أن تتبع طريقة التقريب المتتابع (التشكيل) في التدريب إذا كان السلوك النهائي يشتمل على عدة مهام أو واجبات ثم يستخدم أسلوب التعزيز عقب أداء كل مهمة

9- يتم استخدام تعديل السلوك في الوصول إلى التوافق المطلوب وتكوين سلوكيات عمل ملائمة

10- أن تكون بيئة التدريب بقدر الإمكان من حيث الترتيب والوقت والإشراف والعلاقات والمحاسبة قريبة مما يحدث في سوق العمل العقلية.

11- أن يشترك أعضاء فريق التأهيل في ملاحظة سلوك المتدرب والعمل على تصحيحه أول بأول.

12- مرشد التأهيل أو الموجه الفني له دور في كل خطوات التأهيل وعليه أن يباشر دوره وأن يستعين بأعضاء فريق التأهيل

13- التدريب المهني الحقيقي فإنه يتم داخل بيئة عمل فعليه تبدأ أولاً مع مشرف أو مرشد من مركز التدريب الأساسي ثم يستقل المتدرب في عمله على أن تتم المتابعة له بصفة دورية من مركز التأهيل بالتعاون مع مركز العمل الجديد.

ويجدر القول أن هذه الفئة من فئات المعاقين تتعلم بسرعة إذ أعدت لها مناهج الدراسة إعدادا جيدا وبرمجت بدقة وعناية وبهذه الطريقة يتحسن تحصيل الأطفال كثيرا، ويظهر التحسن في زيادة تحصيل اللغة والقدرة على الكتابة والحساب. كما أن تقسيم الموضوع إلى خطوات صغيرة يمكن الطفل من الاستيعاب بسهولة. وإن إعطاء الطفل الوقت الكافي للبحث عن الإجابة الصحيحة بنفسه لكي يكون إيجابيا في موقف التعلم، ويصل للإجابة الصحيحة بنفسه ويدونها كتابة فيتعلم أسرع من التلقين.

ومعرفة الطفل نتيجة التعلم بسرعة، فيعرف مباشرة أن الإجابة التي توصل إليها صحيحة أو خاطئة.

وكذلك إعطاء الطفل الوقت الكافي لتحصيل كل خطوة من خطوات البرنامج بحسب قدراته وإمكاناته العقلية والشخصية. ومراجعة البرمجة باستمرار، وتعديل الخطوات التي تحتاج إلى تعديل، وتبسيط الخطوات التي يخطئ فيها كثيرا من الأطفال.

اقتراحات في تعليم المعاقين عقلياً

1- التدرج في التعليم المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل، لذلك ينصح بالبدء في المهام الأسهل ثم الانتقال إلى المهام الأكثر صعوبة، وكذا تقسيم المهمة الواحدة إلى مهام فرعية يتطلب القيام بها مهارات مختلفة. ويتم التقسيم وفق تسلسل أداء المهام، وملاحظة أداء المعاق عقليا للمهمة قبل التدريب عليها .

2- معاونة الطفل المعاق عقليا أثناء الأداء وخفض المعاونة تدريجيا: ينبغي على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة له للتوصل إلى استجابة صحيحة عندما يكون الطفل في حاجة إلى هذه المساعدة، ويتم خفض نسبة المساعدة للطفل تدريجيا أثناء عملية التعلم.

3- تكرار عملية التعلم:

ينبغي تكرار عملية التعلم لمرات عدة حتى يكون لدى الطفل عادات تعليمية محدد ويكتسب المهارة والمعرفة. وهذا يجعل الطفل في حاجة إلى مدة زمنية أطول من قرينه العادي في التعلم أو التدريس على اكتساب مهارات اجتماعية معينة، ولابد أن يجذب المعلم أو المربي انتباه الطفل ويشجعه على الانتباه والملاحظة، ويكافئه على كل نجاح.

4- تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من كل ما يشتت الانتباه: ويجب تقليل كل ما من شأنه أن يشتت انتباه الطفل المعاق عقليا أثناء الموقف التعليمي، وتقليل فترة التعلم بحيث لا تزيد على (20) دقيقة كي لا يشتت انتباه الطفل.

ويمكن مساعدة الطفل المعاق عقليا على الانتباه باستخدام:

- الألوان المناسبة بقدر الإمكان: حيث يجب أن تكون الأوراق التي توزع على الأطفال ملونة بقدر الإمكان لجلب انتباههم.

- استخدام مساحات واسعة نسبيا بين الكلمة والصورة وزيادة الهوامش.
- استخدام الصورة والأشكال بقدر الإمكان
- التأكد على توظيف التعليم العيني. إن الطفل المعاق عقليا يعاني في مجال التفكير المجرد، لهذا على المربي أن يحاول ما استطاع أن يربط المعلومات المجردة بأشياء حسية ملموسة.
- عدم استعجال ظهور الاستجابة: لابد للمربي من التأني وعدم استعجال ظهور استجابة. فالطفل المعاق يحتاج إلى وقت أطول من غيره للاستجابة إلى المثير في شكل سؤال مثلا.
- العقاب على الأخطاء: العقاب المقبول والبسيط قد يؤدي بالطفل إلى الحذر، ويدفعه إلى محاولة تقليل الخطأ تجنبا للعقاب مرة ثانية، وفي هذا الصدد ينبغي أن:
- التنويع في طرائق وأساليب التعلم: التنويع في أساليب التعلم وطرائقه له أهمية خاصة وكبيرة في تعليم المعاقين عقليا، فيجعل التعليم أكثر إثارة وتشويقا للطفل.

حيث يمكن للمعلم استخدام أسلوب التعليم داخل مجموعة صغيرة لإدماج الطفل مع بعض أقرانه، وقد يلجأ أيضا إلى استخدام طريقة المحاولة والخطأ، أو استخدام أسلوب النماذج، حيث يعرض نموذج الأداء المطلوب فيوم الطفل بملاحظته وتقليده، أو بمشاهدة الفيديو. إن التعامل مع أصحاب الإعاقة يتطلب الكثير من الجهد خاصة المعاقين ذهنيا منهم ويتطلب المثابرة والصبر وعدم اليأس. وإذا احتسبنا عملنا وجهدنا في سبيل الله فلن نشعر بالكلل والملل

الخدمات الإرشادية للمعوقين ذهنيا

المبادئ الأساسية في إرشاد المعاقين بشكل عام.

1- المعوق له جميع متطلبات الفرد العادي بالإضافة إلى متطلبات الإعاقة.

2- يحتاج المعوق إلى التدريب علي المهارات الأساسية للتوافق مع الآخرين.

3- يحتاج المعوق إلى التشجيع المستمر للاعتماد على نفسه وتحقيق الاستقلالية

4- يحتاج المعوق إلى التركيز على مواطن القوة لديه.

5- يحتاج المعوق إلى تقديم المساعدة له وقت الحاجة إليها فقط.

المبادئ الأساسية في إرشاد أسرة المعوق

1- مشكلة المعوق هي مشكلة الأسرة كلها.

2- يجب الاستفادة من فهم الأسرة للشخص المعوق وتشجيعهم على التعاون.

3- يجب مساعدة الأسرة على التخلص من الأزمة النفسية التي يعانيان منها بسبب وجود هذا المعاق.

4- يجب إيضاح معنى الإعاقة للأسرة وتحديد درجة هذه الإعاقة لابنهم وضرورة التوافق معها والتعاون في تقديم الخدمات لهذا الفرد.

الخدمات الإرشادية

أ-الإرشاد العلاجي

1- دراسة شخصية الفرد المتخلف عقلياً.

2- دراسة المشكلات النفسية المرتبطة بالإعاقة.

ب-الإرشاد التربوي

1- توفير فرص التعليم لهذه الفئة واختيار المناهج المناسبة لهم.

2- تنمية الاستفادة من الحواس الموجودة لدى الفرد المتخلف.

3- تنمية الاعتماد على النفس بقدر الإمكان.

ج-الإرشاد المهني

وتهتم بالتعليم والاختيار والتدريب والتأهيل المهني حسب الحالة.

د-الإرشاد الأسري

تبدأ منذ مجيء الطفل المعوق ومنها:

تقبل الحالة - تعديل نظام اتجاهات الأسرة لخدمة المعوق تجنب الأخطاء مثل الحماية الزائدة - تخليص الوالدين من مشاعر الذنب بخصوص الحالة.

بعض أنواع الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة العقلية

1- اختبارات الذكاء العام

الذكاء هو العامل العام في مجال القدرات العقلية، ويمثل أقصى الأداء (Maximum Performance). وفي ضوء نتائج تطبيق اختبارات الذكاء يمكن تحديد مستوى الإعاقة الذهنية. وتقيس هذه الاختبارات بأشكالها العامة اللفظية وغير اللفظية ومنها الفردية والجماعية ذكاء الفرد والذكاء مفهوم مجرد اختلف في تعريفه وتحديده علماء النفس والتربية ولكن من مفاهيمه هو "قابلية الفرد على حل المعضلات الفكرية" أو "قابليته على التكيف تجاه المواقف الجديدة" أو" قابليته على التفكير التجريدي والاستفادة من التجارب". والذكاء صفة موروثة في الكروموسات والجينات، ولكنه لا يقتصر على جين واحد بل يتمثل في معاملات ووحدات صغيرة متعددة. ولهذا السبب فان توزيع الذكاء في المجتمع يتخذ شكل المنحنى الطبيعي. أي أن الأشخاص متوسطي الذكاء يمثلون نسبة الغالبية من أفراد المجتمع بينما تقل النسبة في الصعود إلى الذكاء الممتاز ويقابلها النسبة دون المتوسط لتمثل الإعاقة الذهنية. ويركز الذكاء على "القابلية الذهنية" وهو قابل للفحص والقياس بالوسائل النفسية التي ابتكرها علماء مشهورون و وضعوا لها أسسا ومناهج دقيقة سميت"اختبارات الذكاء "Tests Intelligence"، ومنها اختبار ساتنفورد بينة واختبار وكسلر. ويمكن اعتبار اختبارات الذكاء أدق ما توصل إليه علم النفس الحديث لتحديد قابلية الإنسان الذهنية، ولو أنها لا تعد بالمقاييس النموذجية التي لا تخلو من عدم الدقة في القياس لاسيما اللفظية منها لتأثرها بالمستوى التعليمي لمن يطبق عليه الاختبار.

أ - اختبار ستانفورد - بينة **(Stanford Binet Test)**: وهو من الاختبارات التي تستخدم في مجال الإعاقة الذهنية، والذي كانت بداياته في عام 1905 حين أوكل وزير المعارف مهمة إيجاد اختبار لتصنيف الأطفال في المرحلة الابتدائية وعزل الأطفال المتأخرين في صفوف خاصة وبعدها أجريت عدة تطويرات على هذا

الاختبار من خلال مراجعته من قبل جامعة ستانفورد الأمريكية. ويتضمن هذا الاختبار عددا من المقاييس الفرعية ويتضمن كل مقياس مجموعة من الأسئلة المتدرجة في الصعوبة تخص معرفة الكلمات وفهم الإشارات المكتوبة وتسمية الأشياء ومعرفة أجزاء الجسم، وللأعمار المتقدمة هناك أسئلة في الذاكرة العددية واللفظية والأشكال الهندسية. وتستخرج نسبة الذكاء من المعادلة آلاتية:

ويشمل هذا الاختبار ثلاثة أجزاء هي:

- من 2سنة 5 سنوات
- من 5 سنوات إلى 14 سنة
- أعمار الراشدين من 14 سنة فما فوق بأربعة مستويات.

ب - اختبار وكسلر(**The Wechsler Tests**): ظهر هذا الاختبار في الثلاثينيات من القرن الماضي لقياس الذكاء العام من سن خمس سنوات حتى 15 سنة، وجرت عليه تعديلات وهو يعرف باختبار وكسلر - بلفيو للذكاء نسبة إلى مستشفى بلفيو Bellevue hospital. ويشمل هذا الاختبار ثلاثة أجزاء هي:

- من عمر3 وحتى 5 سنوات للأطفال.
- من عمر 6 سنة وحتى 18سنة.
- من 18 سنة فما فوق للراشدين.

وينقسم هذا الاختبار إلى مقياس لفظي (Verbal Scale) يشتمل على 6 اختبارات لفظية (معلومات عامة، المتشابهات اللفظية، الفهم، المفردات اللغوية، القدرة العددية، تكرار الأرقام)، ومقياس أدائي ((Performance Scale ويشتمل على 6 اختبارات عملية (إكمال الصور، ترتيب الصور، تجميع الأشياء، تصميم المكعبات، الترميز، المتاهات).

ولكل اختبار مجموعة أسئلة تتراوح بين 8- 12 سؤالا، ويكون التصنيف بناء على توزيع الدرجات حيث أن من يحصل على 70 درجة يعتبر صاحب إعاقة ذهنية. وبصفة عامة يمكن استخدام القسم الأدائي في مجال الإعاقة الذهنية.

2- مقاييس ارتقاء الأطفال في المرحلة المبكرة:

أ - قوائم جيزل الارتقائية (Gessell Development Schedules): وهي قوائم لمراحل الارتقاء في المرحلة العمرية المبكرة، وضعها جيزل ومساعدوه بعد دراسة طولية تتبعيه لمجموعة 107 من الأطفال بدأت سنة 1927 واستمرت لعشرين سنة، وهي تتعلق بأربعة مجالات سلوكية ولا تعد اختبارا مقننا لافتقارها المصداقية والثبات.

ب - اختبار كاتل لذكاء الأطفال (Cattell Infant Intelligences Test): صمم هذا الاختبار كامتداد للمرحلة العمرية المبكرة التي لا يغطيها اختبار ستانفورد بينة، وفقراته مقتبسة من قوائم جيزل واختبار ستانفورد بينة ويحسب العمر العقلي ونسبة الذكاء لأعمار السنة الأولى والثانية.

ج - مقاييس بيلي للارتقاء الحركي العقلي للأطفال (The Bayley Infant Scales of Mental & Motor Development): وهي اختبارات مطورة من اختبارات كاليفورنيا للارتقاء الحركي للأطفال سنة 1935 واعدت فقراته اعتمادا على قوائم جيزل والبعض الآخر من اختبارات الأطفال الأخرى. ويتضمن الاختبار ثلاثة أجزاء رئيسية لاختبار المستوى الارتقائي للطفل بين عمر شهرين وسنتين ونصف هي الاختبار العقلي والاختبار الحركي وسجل الطفل السلوكي. ويتضمن الاختبار العقلي فقرات تقيس الإدراك والذاكرة والتعلم وحل المشكلات أما السجل السلوكي فهو مخصص لقياس جوانب الارتقاء في الشخصية مثل السلوك الاجتماعي والانفعالي ومدى الانتباه والمثابرة.

3- مقاييس مُعدة لاختبار الأشخاص المعاقين ذهنيا بناءا على حقائق الارتقاء السوية:

أ- مقاييس فاينلاند للنضج الاجتماعي (The Vineland Social Maturity Scale): وضعه دول (Doll) لتقدير القدرة الاجتماعية. يتكون من 117 فقرة مرتبة من حيث متوسط صعوبتها ويقيس المقياس ثمانية مجالات (الاعتماد على النفس في الطعام والملبس والتوجه والعمل والاتصال والحركة والتطبيع). ويقيس الاختبار

الارتقاء منذ الميلاد وحتى سن 25 سنة، ويحسب العمر الاجتماعي ونسبة الارتقاء الاجتماعية. ومن الاستخدامات الهامة لهذا التمييز بين الإعاقة الذهنية المصحوبة بكفاءة اجتماعية والإعاقة الذهنية بدون إمكانية اجتماعية.

ب - مقياس السلوك التوافقي :(The Adaptive Behavior Scale) مقياس وضعته لجنة من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي وهو مخصص للأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، إلا أنه يصلح للاستخدام بالنسبة للأطفال غير المتوافقين انفعاليا وغيرهم من المعوقين. ويقصد بالسلوك التوافقي في هذا المقياس تحديد كفاءة الفرد في مواجهة المتطلبات الطبيعية والاجتماعية للبيئة ويتضمن جزأين الأول مقياس ارتقائي للسلوك بينما الثاني يتضمن قياس للسلوك التوافقي للشخصية واضطراباتها.

4- الاختبارات المتحررة ثقافيا وهذا النوع من الاختبارات يمكن من خلاله قياس الشخص الذي لدية إعاقة ذهنية بمعزل عن القدرة اللفظية، أي أنها اختبارات غير لفظية تعتمد على الرسوم والأشكال التي لا ترتبط بأية ثقافة. ومن هذه الاختبارات:

أ - اختبار رسم الرجل: هذا الاختبار مصمم لقياس الذكاء. وفيه يطلب من الشخص الذي لدية إعاقة ذهنية أن يرسم رجلا والى البنت أن ترسم امرأة. والافتراض النظري يعتمد على علاقة رسم الشخص بتفاصيله الكاملة مع درجات ذكاء الفرد بغض النظر عن معرفة الشخص ومهارته في الرسم.

ب - اختبارات المصفوفات المتتابعة لرافن: يتكون الاختبار من ثلاث مجموعات من الرسوم تحتوي كل مجموعة على 12 سؤالا على شكل مصفوفة لرسوم وأشكال ناقصة يطلب تكملتها من بدائل مصورة أسفل كل سؤال. وفي ضوء الإجابات تحدد درجة الذكاء. ويستعمل هذا الاختبار للكشف عن الأطفال الذين لديهم إعاقات ذهنية.

الفصل الثالث

3

الإعاقة الانفعالية

تعريف الإعاقة الانفعالية

لقد بذلت جهود مختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي وتعريفه، وما هو السلوك المنحرف من قبل كلاريزيو و مكوي، وقد اقترحا استخدام المحكات التالية لتقييم التعريفات المتعلقة بالاضطراب السلوكي والانفعالي وهي:

1- المستوى النمائي للفرد.

2- الجنس.

3- المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد.

4- مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل.

ولقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددت من قبل الأطباء النفسيين، والمربيين، والأخصائيين النفسيين والقانونيين. وقد استخدمت تسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها:

1- سوء التكيف الاجتماعي.

2- الاضطرابات الانفعالية.

3- الاضطرابات السلوكية.

4- الإعاقة الانفعالية.

5- الانحراف.

ولا يوجد تعريف عام ومقبول للاضطرابات السلوكية والانفعالية. ويعود عدم وجود تعريف واحد متفق عليه بشكل عام إلى أسباب متعددة ومن تلك الأسباب:

1- عدم توفر تعريف محدد ومتفق عليه للصحة النفسية.

2- صعوبة قياس السلوك والانفعالات.

3- تباين السلوك والعواطف.

4- تنوع الخلفيات النظرية والأطر الفلسفية المستخدمة.

5- تباين التوقعات الاجتماعية الثقافية المتعلقة بالسلوك.

6- تباين الجهات والمؤسسات التي تصنف الأطفال المضطربين وتخدمهم.

الا أن هناك تعريفاً أكثر قبولاً للاضطرابات السلوكية والانفعالية والذي طوره (بور) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين حيث حصل على دعم كبير، ويستخدم مصطلح الإعاقة الانفعالية في وصف هؤلاء الأطفال ويعني وجود صفة أو أكثر من الصفات التالية لمدة طويلة من الزمن لدرجة ظاهرة وتؤثر على التحصيل الأكاديمي، وهذه الصفات هي:

1- عدم القدرة على التعلم.

2- عدم القدرة على إقامة علاقات شخصية مع الأقران والمعلمين.

3- ظهور السلوكات والمشاعر غير الناضجة.

4- مزاج عام أو شعور عام بعدم السعادة أو الاكتئاب.

5- النزعة لتطوير أعراض جسمية مثل: المخاوف والمشكلات المدرسية.

من خلال ما سبق يمكن أن نجمل تعريفا للطفل المضطرب في الصف.

هو الطفل المضطرب اجتماعياً في الصف، هو الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضارا بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه.. إن الطفل المضطرب اجتماعياً في الصف، هو الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه..

تصنيف الاضطراب

هناك تصنيف طبي نفسي وتصنيف تربوي وعلى المعلمين أن يكونوا على دراية بكلا التصنيفين، وذلك لوضع خطة تربوية فردية من قبل الفريق ويظهر الجدول التالي المقارنة بينهما:

التصنيفات الطبية النفسية

1- اضطراب تطور اللغة.

2- اضطرابات فصامية.

3- اضطراب الاكتئاب بعد حادث معين.

4- اضطراب تطور القراءة.

أما التصنيفات التربوية فهي:

1- اضطرابات الاتصال.

2- إعاقة انفعالية شديدة.

3- اضطراب السلوك.

4- اضطراب القدرة على التعلم.

معايير السلوك المضطرب:

1- تكرار السلوك.

2- شدة السلوك.

3- مدة حدوث السلوك.

أسباب الاضطرابات الانفعالية

أولاً: الأسباب البيولوجية: وهي مرتبطة بالعوامل الجينية وإصابات الدماغ وتناول الأدوية والأمراض التي تصيب الأم الحامل.

ثانياً: الأسباب البيئية: وهي مرتبطة بالعوامل الأسرية والمدرسية والاجتماعية، مثل:

1- نمط العلاقة بين الطفل والأبوين.

2- نمط التربية الأسرية (المتشدد، الصارم، الفوضوي).

3- التدليل الزائد، الحماية الزائدة.

4- الإهمال الزائد.

5- الإحباطات المادية والاجتماعية التي تواجهه

وتكون الأسباب عادة متداخلة فيما بينها ومتعددة. وتتركز أسباب الاضطراب في المجالات التالية:

المجال الجسمي والبيولوجي

يتأثر السلوك بالعوامل الجينية والعوامل العصبية وكذلك البيوكيميائية أو بتلك العوامل المجتمعة، ومن غير شك فإن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه.

مجال العائلة والأسرة

يعزي الأخصائيون أسباب الاضطرابات السلوكية والانفعالية في المقام الأول إلى علاقة الطفل بوالدية، حيث أن الأسرة ذات تأثير كبير على التطور النمائي البكر للطفل. وأن

معظم الاضطرابات السلوكية والانفعالية ترجع أصلا إلى التفاعل السلبي بين الطفل وأمه.

مجال المدرسة

يضطرب بعض الأطفال حين التحاقهم بالمدرسة، والبعض الأخر في أثناء تواجدهم في البيئة المدرسية ويمكن لهؤلاء الأطفال أن يصبحوا بوضع أفضل أو أسوأ من جراء المعاملة التي يتعاملون بها داخل الصف.

مجال المجتمع:

قد يسبب المجتمع أو يساعد على ظهور الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وهنا تجدر الإشارة إلى الفقر الشديد الذي يعيش فيه بعض الأطفال وحالات سؤ التغذية، والعائلات المفككة والحي العنيف.

مظاهر الاضطرابات الانفعالية

1- عدم الطاعة والعناد المستمر.
2- المشاجرة مع الآخرين وإيذاءهم.
3- الحساسية الزائدة والمزاج الحاد.
4- تشتت الانتباه وصعوبة تحمل المسؤولية.
5- الأنانية المفرطة والغيرة المبالغ فيها.
6- -القلق الزائد وسرعة الغضب.
7- الحزن والكآبة والميل إلى القيادة.
8- زيادة أحلام اليقظة وجلب انتباه الآخرين.
9- الكسل الزائد والانسحاب والانطواء المبالغ فيه.
10- الجنوح (السرقة، القتل) النشاط الزائد.
11- الخجل الشديد.

النظريات المفسرة لأسباب الاضطرابات السلوكية و الانفعالية

النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تطبيقات عمليه في الميدان القيادي والتربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية. والقوانين في هذا التوجه مشتقه من التعلم وتكز التجارب على تعلم سلوكات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكات غير المناسبة.

النظرية التحليلية

لنظرية التحليل النفسي جانبان، أحدهما تطوري لكونه يعنى بالأصول التاريخية للنفس، وهي في الوقت نفسه نظرية ديناميكية، لأنها تعنى بالإضافة إلى ذلك بالمظاهر الحالية للشخصية من حيث تنضيمها وعملها.

تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى عدم ملائمة السلوك على أنه نتيجة للصراع بين مكونات الشخصية وهي:

ألهو ــ والأنا ــ والأنا الأعلى.

أما ألهو: هو منبع الطاقة الحيوية والغرائز

أما الأنا: فهو مركز الشعور والإدراك الحسي وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى والواقع لذلك يحاول الأنا حل الصراع فإذا نجح كان الشخص سوياً

ألانا الأعلى: هي مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير.

الخصائص السلوكية للمضطربين انفعالياً:

1- **السلوك العدواني:** ويحدث نتيجة لإحباط الطفل في البيت او المدرسة ,يعتبر السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربة ظهورا لديهم مثل: الضرب والقتال والصراخ ورفض الأوامر. هذا مع العلم أن أنماط السلوك هذه تظهر لدى الأطفال الطبيعين، ولكنها ل تكون متكررة وشديدة كما هي لدى المضطربين سلوكيا و انفعاليا ويتسمون بأنهم لا يستجيبون بسرعة و ايجابية للكبار الذين يحيطونهم بالرعاية والاهتمام. يعتبر بعض هؤلاء الأطفال ممن له نشاط زائد أو إصابة

بالدماغ وبعضهم يطلق عليهم سيكوباثيين لأنهم يقومون بإيذاء الآخرين عمدا دون شعور بأن ما يفعلونه خطاء ولا نستطيع مقاومته بطرق السلوك المزعج العادية. ومثل هؤلاء الأشخاص غالبا ما يصرخ عليهم ويعاقبون لذلك يجب أن نرى التركيز على عملية التفاعل بين سلوك الطفل وسلوك الآخرين الموجودين في بيئة الطفل.

2- **السلوك الانسحابي:** ويحدث بسبب عدم قدرة المضطرب على التكيف مع متطلبات المجتمع، ومن مظاهر السلوك الإنسحابي الانطواء، أحلام اليقظة. الانسحاب وعدم النضج الاجتماعي من صفات الاضطرابات الانفعالية الشديدة والاعتمادية وهو م يرى بالانفصام الطفولي ومثل هذه الاضطرابات تحمل مستقبل سيء بالنسبة للصحة العقلية عندما يكبر الطفل. ولا يستطيع المضطربون سلوكيا وانفعاليا بدرجة بسيطة ومتوسطة لتطوير علاقات إنسانية طبيعية و مستمرة. وهناك إمكانية لتعليم الأطفال الانسحابيين وغير الناضجين اجتماعيا المهارات التي يعجزون عن القيام بها، وذلك من خلال توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم استجابات مناسبة وممارستها، وان ندعهم يشاهدون نماذج لسلوكات اجتماعية مناسبة وتعزيز السلوكات التي تتحسن.

3- **السلوك الفج:** أي غير الناضج، ولا يتناسب وطبيعة الموقف مثل الضحك في موقف الحزن.

4- **الخصائص العقلية والاجتماعية :**

5- ان متوسط الأداء العقلي للمضطربين انفعالياً متقارب مع العاديين.

6- تدني التحصيل الأكاديمي لديهم مقارنة بالعاديين بسبب النشاط الزائد وتشتت الانتباه.

خصائص عامة للمضطربين سلوكيا وانفعاليا على مختلف فئاتهم:

1- **الفهم والاستيعاب**

بعضهم غير قادر على فهم المعلومات التي ترد من البيئة، يستطيع هؤلاء الأطفال لفظ الكلمات وسلسلة من الكلمات مكونين جملة لقصة معينة، ولكن لديهم فهم قليل لمعنى القصة.

2- الذاكرة

بعض الأطفال لديهم مهارات ذاكرة ضعيفة، فلا يستطيعون تذكر موقع ممتلكاتهم الشخصية مثل: الملابس و موقع صفوفهم و كذلك قوانين السلوك

3- القلق

يظهر القلق في السلوك الملاحظ الذي يوحي بالخوف والتوتر والاضطراب، ويوصف الأطفال القلقون عادة بأنهم خائفون وخجولون و انسحابيون ولا يشتركون بسلوكات هادفة في بيئتهم.

4- السلوك الهادف إلى جذب الانتباه

وهو أي سلوك لفظي أو غير لفظي، بحيث يستخدمه الطفل لجذب انتباه الآخرين، والسلوك عادة يكون غير مناسب للنشاط الذي يكون الطفل بصدده. مثل: الصراخ، المرح الصاخب، أو الأخذ بآخر حرف من كلمة في أي تعامل لفظي مثل هؤلاء الأطفال غالبا ما يوصفون بذوي الحركة الزائدة، ولكن ما يميزهم هو جذب الانتباه.

5- السلوك الفوضوي

هو السلوك الذي يتعارض مع سلوكات الفرد أو الجماعة، يتمثل السلوك الفوضوي في غرفة الصف بالكلام غير الملائم، والضحك، والتصفيق.

6- العدوان الجسدي

عبارة عن القيام بسلوكات جديدة عدائية ضد الذات و الآخرين بهدف إيذائهم وخلق المخاوف والعدوان الجسدي ضد النفس.

7- العدوان اللفظي

هو سلوك عدائي ضد الذات أو الآخرين للإيذاء وهو يوصف بعبارات تحطيم الذات كالقول أنا غبي أحمق. والهدف من هذا السلوك هو إلحاق الأذى النفسي للذات.

8- عدم الاستقرار

يعود إلى المزاج المتقلب المتصف بالتغير السريع، ويتضمن التقلب في المزاج من حزن إلى سرور، ونم السلوك العدواني إلى السلوك ألانسحابي وهذا التقلب في المزاج غير متنبأ به.

9- عدم الانتباه

هو عدم القدرة على التركيز على مثير لوقت كاف لإنهاء مهمة ما.

10- الاندفاع

هو الاستجابة الفورية لأي مثير، بحيث تظهر هذه الاستجابة على شكل ضعف في التفكير وتكون هذه الاستجابات سريعة ومتكررة وغير ملائمة، ويوصف الأطفال المندفعون بأنهم لا يفكرون.

11- النشاط الزائد:

هو النشاط الجسدي المستمر وطويل البقاء.

12- الانسحاب:

هو سلوك انفعالي يتضمن الترك أو الهرب من مواقف الحياة ويوصف الطفل ألانسحابي بأنه منعزل.

خصائص خاصة بالأطفال المضطربين سلوكيا والمعوقين انفعاليا بدرجة شديدة واعتمادية:

1- العجز في مهارات الحياة اليومية:

يفشل هؤلاء في القيام بأبسط مهارات العناية بالذات، فمنهم غير قادرين على ارتداء ملابسهم أو إطعام أنفسهم بمفردهم من عمر (5-10) سنوات.

2- انحراف الإدراك الحسي

من الشائع أن يعتقد البعض بأن كثير من الأطفال المضطربين انفعاليا بشكل شديد أنهم مكفوفون و صم أي أنه لا يستجيب إلى المؤثرات البصرية والسمعية.

3- انحراف اللغة والكلام

معظم الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة لا يتكلمون أبدا أو يظهرون عدم فهم اللغة أو يرددون كل ما يسمعون دون إضافة أي شيء.

4- الإثارة الذاتية :

السلوك النمطي أو المتكرر الذي يفيد فقط في إثارة الحواس هو شائع لدى الأطفال المضطربين انفعاليا وسلوكيا بدرجة شديدة، وإثارة الذات ممكن أن تأخذ أشكالا عدة مثل الحركة المستمرة، أو الضرب باليدين على الأشياء.

5- **سلوك إيذاء الذات**

يؤذي بعض الأطفال المضطربين انفعاليا و سلوكيا أنفسهم بدرجة شديدة عن قصد بشكل متكرر.

ويبدون أنهم فاقدو الحس. وطرق إيذاء الذات التي يتبعها هؤلاء الأطفال كثيرة تتضمن العض، وخدش الجلد، والطعن.

6- **العدوان ضد الآخرين**

يقوم الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا بدرجة شديدة بتفريغ انفعالاتهم بشكل ضرب وإيذاء وعدوان ضد الآخرين.

7- **التكهن بمستقبل حالتهم ضعيف**

فهم في مستوى المعاقين عقليا، ويتطلب وضعهم إشرافا ورعاية دائمين حتى بعد سنوات.

توجيهات للتعامل مع المضطرب انفعالياً داخل غرفة الصف:

1- أن يكون المعلم لديه الرغبة أولاً في التعامل مع الطفل وتقبله والتحلي بالصبر.

2- يجب تعليم هؤلاء الأطفال بطريقة فردية تتضمن برامج خاصة تركز على تحليل المهارات المقدمة لهم.

3- تنظيم الأنشطة الهادفة بحيث تكون على شكل خطوات واضحة.

4- تحويل بعض حالات الاضطرابات الانفعالية إلى غرفة المصادر لتلقي المساعدة اللازمة.

5- توظيف أساليب تعديل السلوك في تدريس المضطرب انفعالياً ، فيجب تحديد السلوك غير المرغوب فيه ثم تحديد 6- طرق العلاج المناسبة مثل العقاب، تشكيل السلوك.

7- الاهتمام بتعليم الطفل مهارات الحياة اليومية.

8- العمل ما أمكن على تقليل فرص الإحباط لهؤلاء الطلبة في المواقف الأكاديمية والاجتماعية.

الخدمات النفسية وخدمات الطب النفسي التي تقدم للأطفال

هناك عدد من البرامج في إعادة تأهيل الأطفال المضطربين الذين يظهرون السلوك الفوضوي ومن هذه الخدمات:

1- المقابلات النفسية.

2- استخدام برامج تعديل السلوك.

3- لعب الدور.

4- السايكودراما (الدراما النفسية).

5- الموسيقى.

6- ألكتابه الإبداعية.

7- الفنون.

العلاج النفسي

ويتم العلاج النفسي عن طريق الوسائل النفسية من خلال الاتصال المباشر بين المعالج والمريض وهدفه تحسين التكيف عند الطفل المضطرب بواسطة تخفيض الأعراض المزعجة. ويتحدد نوع وحدة الاتصال العلاجي وقوته المعالج والمريض والوالدين بعوامل كثيرة منها: عمر الأطفال، فالأطفال الأصغر عمراً يكونون ميالين لتقليل فترة الاتصال المباشر مع المعالج لصالح زيادة الاتصال مع الوالدين. أما الأطفال الأكبر عمراً وبخاصة المراهقون فإن العكس هو الصحيح.

علاج الوالدين

قد يجد الطبيب نفسه أحيانا غير قادر عل مساعدة الطفل المضطرب لسلبية الوالدين وعدم مساعدتهم له أو عدم تشجيعهم له، وقد يكون ذلك ناجماً عن وجود مشكلات نفسيه لدى الوالدين تمنعهم من المشاركة في البرامج العلاجية لأبنهم.

العلاج النفسي الجماعي

يوجد أساليب وطرق عديدة للعلاج النفسي الجماعي وهي:

1- الحوار والنقاش الجماعي للمشكلات الشخصية و الانفعالية و السلوكية.

2- مجموعات لعب وتبادل الأدوار ويعتمد نوع العلاج الجماعي على خبرة المعالج وتدريبه وحاجاته.

العلاج العائلي

يتم التعامل مع العائلة كمجموعه واحده.

العلاج المهني

ويتم هذا النمط من العلاج عن طريق المشاركة الجماعية والفردية في النشاطات والمهمات اليدوية.

ومن الخدمات النفسية الأخرى المستخدمة مع الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً:

1- الخدمات النفسية الطارئة.

2- خدمات الصحة العقلية و النفسية في المدارس.

3- خدمات المستشار النفسي الاجتماعي في المدارس.

الخدمات الطبية

وتتضمن هذه الخدمات العناية بالأم الحامل قبل عملية الولادة و إثنائها وبعدها. وإجراء الفحوصات الجسدية والعقلية العامة وإعطاء العلاجات المناسبة تحت الإشراف الطبي.

الخدمات الاجتماعية

يوجد عدد من الخدمات الإجتماعيه التي يجب توفيرها للأطفال المضطربين وعائلاتهم ومن هذه الخدمات تسهيلات السكن وخدمات إعادة التأهيل المهني.

تسهيلات السكن

وتشمل المصحات العقلية العامة والخاصة والمراكز النفسية.

برنامج إعادة التأهيل

يعتبر من أهم المشاريع التي تم استخدامها في أمريكا للأطفال المضطربين أو الهدف من هذا المشروع هو تطوير وتقيم أداء فاعلية المراكز الداخلية.

ويتم التركيز على هذه الأهداف بالوسائل التالية:

1- إعادة ثقة الطفل بمجتمع الكبار.

2- مساعدة الطفل على النمو العادي.

3- توفير الوسائل والمصادر.

4- مساعدة مجتمع المعلمين على فهم مشكلات الأطفال.

5- مساعدة الطفل على تحديد أهدافه.

6- مساعدة الطفل على التخلص من بعض العادات التي تساهم في رفضه من قبل المدرسة.

7- مساعدة الطفل على تكوين شعور بالانتماء لمجتمعه.

تنمية المهارات الاجتماعية والانفعالية للمضطربين

يلعب الأشخاص المحيطين دورا كبيرا في تنمية المصاب بإعاقة عقلية بدءا من أفراد أسرته وأقربائه ورفاق الحي ثم المربين والجو التعليمي التربوي العام وفي تحد الأطر التي يتحرك خلالها الولد سلبا أو إيجابيا ،وتعتبر المجتمعات العربية من المجتمعات المجحفة في حق المصابين بإعاقات وهذا عائد إلى الكثير من في العادات والتقاليد البالية التي تحمل هؤلاء التلاميذ أعباء لا قدرة لهم على تحملها ومعظم تلاميذنا يتلقون وبشكل دائم مواقف وظروف تؤدي إلى تعجيزهم بقصد أو دون قصد مما يزيد في إحباطهم ويمعن في دونيتهم وفقدانهم لأبسط حقوقهم.

وأهم الأنشطة التي نعمل عليها مع الطفل التوحدي في مجال تنمية المهارة الاجتماعية والعاطفية والانفعالية :

1- **الانتباه: النظر إلى شخص يتكلم أو يلعب**

أ. مراقبة وجه وحركات المعلم أثناء أدائه أغاني الأطفال النظر إلى كتاب مصور مع المعلم

ب. مراقبة أشخاص يتحدثون، والتنقل بالنظر من أحدهم إلى الآخر.

ج. انتظار الدور.

2- التقليد: تقليد حركات بسيطة (كالتصفيق بالأيدي)

أ. تقليد أعمال تتعلق بأشياء (كقرع الطبل، أو إطعام لعبة)

ب. تقليد أصوات هزيلة ،كالسعال والعطس المفتعل.

ج. تقليد كلمات بسيطة.

د. تقليد أصوات الثرثرة المبهمة.

هـ. تقليد رقصة بسيطة.

3- المعرفة الاجتماعية :

أ. معرفة أفراد العائلة عند رؤيتهم أو رؤية صورهم.

ب. معرفة زملائه في الصف ومعرفة معلميه.

ج. اللعب مع الأطفال من عمره.

د. التصرف بشكل موثوق في السوق.

هـ. السؤال عن كيفية الوصول إلى مكان لم يزره سابقا.

و. معرفة عنوان المنزل ورقم الهاتف.

ز. شراء وجبة طعام بمفرده.

الفصل الرابع

4

الاضطراب النفسي عند الأطفال

أولاً: المهارات التطورية الأساسية الست
The Six Fundamental Developmental Skills

هناك ست مهارات أساسية للتطور ترسم قاعدة لكل مراحل التعلم والتطور، والأطفال العاديين يستطيعون الحصول على هذه المهارات بسهولة، ولكن الأطفال المتوحدين والمعاقين بصفة عامة لا يستطيعون الحصول عليها أو السيطرة والتحكم بها. هذه المهارات الأساسية ليست مهارات معرفية وإدراكية (لمعرفة الشكل وتسمية الحروف والحساب)، كما أنها ليست من المهارات الاجتماعية المتعارف عليها (مثل أخذ الدور، الجلوس والانتظار)، ولكنها مهارات تطورية أكثر يطلق عليها " المهارات الوظيفية الانفعالية " لأنها تعتمد على التواصل والتفاعل المبكر مع الحياة، مما يعطي قاعدة أساسية للذكاء والإحساس بالنفس والكينونة، كما أنها قاعدة للمهارات الأخرى كالعد وأخذ الدور، هذا بالإضافة إلى أنها تغطي كل المهارات المتقدمة كالتفكير والتعاون وحل المشاكل. وهذه المهارات هي:

1- المقدرة المزدوجة على المشاركة بالنظر، الصوت، الإحساس بالعالم، تهدئة النفس:

فالأطفال الرضع يحاولون التفاعل مع ما يرون ويسمعون ويحسّون، فتراهم بالغريزة يلتفتون للوجه الصبوح والصوت الناعم، يتعلمون كيف يستمتعون ويفهمون، كيف يستخدمون هذه الأحاسيس الممتعة لتهدئة أنفسهم، هذه المقدرة على التحكم في النفس تعطينا المقدرة على التعامل مع المجتمع والحياة من حولنا.

2- القدرة على بناء العلاقات مع الآخرين :

من التجارب الأولى في هذه الحياة تجربتنا مع الوالدين، فنتعلم منهم كيف هو الحب، ونكتشف أنهم ودودين عطوفين لذلك أحببناهم ووثقنا بهم، هذه القدرة على التقارب جعلتنا نبني معهم علاقة حب وتآلف، وهكذا تبنى العلاقات الحميمة مع الآخرين.

3- القدرة على بناء الاتصال المتبادل : Tow way communication

مثال على ذلك: "أمي تبتسم لي وأنا أبتسم لها" "أبي يرمي لي الكرة وأنا أدفعها له".

هذه الجهود والأشياء البسيطة هي اتصال مباشر متبادل بين طرفين، تفصح عن رغباتنا، تعطينا تفسير أولي لكيفية حصول الحدث، تبدأ ببناء الذاتية والإحساس بالنفس، ومع بداية تعقيدات التفاعل مع الآخرين نتعلم كيف يكون التواصل بالإشارة والكلمة، نفهم

تواصل الآخرين وتفاعلهم معنا، باللفظ والإشارة والتعبيرات الأخرى، وبذلك نبني صرحاً للمشاركة مع الآخرين، وفي نهاية طريق الاتصال المتبادل يكون الحوار والمناقشة.

4- القدرة على بناء الإشارات المركبة لتوضيح مجموعة من الأفعال :

ففي سن قبل المدرسة، يجري الطفل مستقبلاً والده عند الباب، رافعاً اليدين للضم والعناق، قائلين في أعماقهم " أنا سعيد بعودتك يا والدي إلى المنزل، ضمني إلى صدرك " وبعد ذلك يتركونه هاربين.

5- المقدرة على بناء الفكرة :

اللعبة البسيطة كتركيب المكعبات، التحول إلى العاب تخيلية، والمكعب يصبح حصناً، حيث الشرير يصارع الطيب، الطفل يستخدم هذه المشاهد والصور لإظهار مجال واسع من الأحاسيس والأفكار التي أكتشفها كلما نمى عالمه الخاص، كما أنه يستخدم الكلمات لتحديد رغباته واهتماماته.

6- المقدرة على بناء جسر بين الأفكار لجعلها حقيقية ومنطقية :

الطفل يبدأ في التعبير عن أفكاره باللعب والكلمات، يشرح أحاسيسه بدلاً من إظهارها، ثم يبدأ في تكوين الأفكار بطريقة منطقية (أنا حزين لأنك أخذت لعبتي).

التحكم في المراحل الوظيفية الانفعالية " Functional Emotional Milestones

هناك ثلاث مجالات في عالم الطفولة تستطيع أن تؤثر على قدرته على التحكم في "المراحل الوظيفية الانفعالية" وهذه النقاط هي :

1- ذاتية الطفل، والجهد العصبي الذي يعزز أو يعوق هذه القدرة.

2- أسلوب تفاعل الطفل مع والديه ومعلميه والآخرين.

3- أسلوب تعامل الأهل والمجتمع مع الطفل.

التحديات الذاتية : Biological challenges

الأطفال المتوحدين والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على العموم لديهم تحديات

ذاتية تعوق قدرتهم على التكيف مع الحياة، وهناك الكثير منها، ومن أجل توضيح كيفية تأثيرها على التطور فمن المجدي تقسيمها إلى ثلاثة أنواع :

1- صعوبة التفاعل الحسّي Difficulty with sensory reactivity

قد يكون لدى الطفل صعوبة في التفاعل الحسّي للعام من حوله من خلال أحاسيس النظر، السمع، اللمس، الشّم، الاستطعام، والأحاسيس الجسمية، فقد يكون تفاعل الطفل معها زائداً أو ناقصاً.

2- صعوبات المعالجة: Processing difficulty

الطفل قد يكون لديه صعوبات في تنسيق وتنظيم الطلبات التي يتلقاها.

3- صعوبات في الإبداع والتسلسل والتخطيط للاستجابة
Difficulty creating & sequencing or planning responces

قد يكون لدى الطفل مشكلة في جعل جسمه يتحرك بالطريقة التي يرغبها.

كل نوع من التحديات يجعل أمام الطفل صعوبة في التواصل والانتماء مع والديه، مما يعيق قدرته على التعلم والاستجابة والنمو، ولكي نساعده على التطور يجب علينا معرفة عمل كل منطقة من المناطق، وفي حال معرفتنا الأكيدة بمشكلة الطفل بشكل محدد فيمكننا عمل برنامج علاجي خاص لحل هذه المشكلة، والأكثر أهمية هي قدرتنا على مساعدة الأهل لمعرفة كيفية حل المشكلة، من أجل مساعدة الطفل على التعلم والانتماء والنمو.

طريقة تفاعل الطفل مع الآخرين:

التحديات الذاتية للطفل تؤثر على تفاعله مع الآخرين، فمثلاً :

- الطفل الذي لديه نقص في التفاعل للصوت لا يلتفت لمناغاة والدته Under reactivity.
- الطفل الذي لديه زيادة في التفاعل للمس قد يكش وينزوي بطريقة أكثر مما هو متوقع منه عندما يقوم والده بمحاولة حضنه.

ومن السهولة معرفة كيفية تأثير هذه التفاعلات على تطور الطفل، فمثلاً إذا كان الطفل يحاول الابتعاد عن أمه فإنها تحاول الإقلال من التفاعل معه ومناغاته، وقد تعتقد

أنه يرغب في تركه وحيداً، وفي الجهة الأخرى فإن الفهم الخاص لنقص تفاعل الطفل يساعد الوالدين على الالتفاف حول المشكلة لزيادة تفاعله معهم ومشاركتهم وزيادة التواصل معهم.

تعامل الأهل والمجتمع

الوالدين يختزنون محاولات خاصة للأبوة، فالبعض يعبر عن عواطفه بتلقائية وبحساسية شديدة والآخرون عكس ذلك، البعض منّا يولدون كثيري الكلام والآخرين هادئين صامتين، هذه النزعات بعضها فطري متأصل والآخر مكتسب من العائلة والبيئة المحيطة به، هذه العوامل تؤثر على كيفية تعاملنا مع أطفالنا، مما يجعله سهلاً أو صعباً.

الأسرة الهادئة قد تكون نموذجية للطفل الحساس ذي التفاعل الزائد، ولكن تخيّل طفلاً لديه ارتخاء في العضلات وذي تفاعل ضعيف للصوت واللمس وعائلته من النوع المكبوت الهادئ، هذا الطفل لن يجد الحث والتشجيع اللازمين لتنمية قدراته.

وبمعرفة مدى قابلية الطفل للتفاعل يستطيع الوالدين تغيير نمط تعاملهم معه من أجل زيادة المكتسبات التطورية، وحتى مع كون المعوقات ذاتية في الطفل فإن طريقة التعامل قد تساعد الطفل على التغلب على تلك المعوقات من خلال قدراته الذاتية، ومن المهم مساعدة الوالدين ومشاركتهم بشكل رئيسي.

النقاط السابقة، تحديات الطفل، تعامله مع والديه، وتعامل العائلة والمجتمع معه، عوامل مؤثرة على قدرة الطفل على التغلب والتحكم في المهارات التطورية، وفي أسلوب التدخل العلاجي للمشاكل التطورية نعمل من خلال هذه النقاط الثلاث من أجل مساعدة الطفل لينمو ويتطور.

إن الهدف من تخصص العلاج النفس للأطفال هو تخطي المشاكل النفسية والعضوية من خلال التدخل المبكر وذلك للحد من انتشار المرض في مرحلة البلوغ. لقد وجد من خلال الإحصائيات في القرن الثامن عشر الميلادي أن فرصة حياة الطفل في لندن حوالي 50% فقط بعد اليوم الخامس من الميلاد وقد كان الأطفال في أوروبا حتى عهد قريب يعانون من التعذيب والقتل والاغتصاب والتشرد لكثرة الأطفال غير الشرعيين وقد استخدم الأطفال في الأعمال وبالأجر البسيط ولعدد طويل من الساعات، بعد ذلك بدأ الاهتمام الجاد بالعلاج النفسي للأطفال.

الصحة النفسية للأطفال

من المعروف بأن الأطفال سريعو النمو والتغير. فهم ينمون جسديا وفكريا وعاطفيا واجتماعيا. ويظهر الأطفال الأصحاء المقدرة على الاستجابة للتغير ويستردون صحتهم بعد مواجهة تحديات الحياة. فهم يشعرون بالرضا عن أنفسهم ويتكيفون بشكل جيد مع أسرهم وأصدقائهم وفي مجتمعهم كما أنهم يستمتعون بالأنشطة المدرسية والأنشطة ما بعد المدرسة.

ومن الأمور المألوفة لدى الأطفال أنهم يواجهون المشاكل. إلا أن أغلب تلك الصعوبات هي قصيرة الأمد ولا تتطلب معالجة صحية نفسية. ولكن إذا كانت هذه المشاكل خطيرة ومستمرة، فعلى الوالدين التماس المساعدة المهنية.

الأمراض النفسية عند الأطفال

1- الاضطرابات العاطفية، القلق، الخجل، الميل إلى البكاء والحزن. وقد تظهر على شكل أعراض جسمية كالاستفراغ والإسهال واضطراب النوم والشهية أو السمنة، وتناقص أداء الطفل في المدرسة.

2- الاكتئاب النفسي وقد يظهر باضطراب في السلوك.

3- الخوف المرضي.

4- الاضطرابات التحولية أو ما يعرف (بالهستيريا).

5- الوسواس القهري.

6- الاضطرابات العقلية كالفصام والهوس.

7- أمراض الشخصية، كالشخصية التجنبية والشخصية المعارضة التي تتسم بالعصيان والتمرد والعناد وإثارة الآخرين.

8- اضطراب السلوك كعمل تصرفات غير لائقة مثل انتهاك حقوق الآخرين والتخريب وإشعال الحرائق والسرقة والهروب من المدرسة واستخدام الكحول والمخدرات.

9- ظهور بعض العادات الغير مستحبة كمص الأصابع وقضم الأظافر ونتف الشعر ولمس الأعضاء التناسلية.

10- مشاكل النوم بأنواعها.

11- التبول الليلي والتبرز الليلي.

12- فرط الحركة وتشتت الانتباه.

13- اضطرابات الكلام والتأتأة.

14- هناك أمراض عديدة أخرى.

15- اضطرابات القلق. ويصحب اضطرابات القلق والمزاج عادة أسى عاطفي شديد ومتكرر يدوم أشهرا أو سنوات. ويعاني هؤلاء الأطفال من خوف وقلق لا مبرر لهما واكتئاب متواصل

16- اضطرابات نقص الانتباه والاضطرابات المعطِّلة. قد يبدي الأطفال المصابون باضطرابات نقص الانتباه والاضطرابات المعطِّلة عجزا عن الانتباه وإفراطا في النشاط وشراسة و/أو تحديا. قد يخالفون الأنظمة والقواعد ويعطلون الصفوف المدرسية.

17- اضطرابات الأكل. وتتضمن اضطرابات الأكل عادة قلة الأكل أو زيادته بشكل مفرط ومشاعر الأسى الشديد حيال شكل أو وزن الجسم

18- اضطرابات المزاج.

دور العائلة في ملاحظة أعراض الاضطرابات النفسية عند الأطفال

عادةً لا يشتكي الطفل من معاناته النفسية ولذلك هناك أدوار ترتب على الوالدين أو المدرسين من خلال ملاحظة ما يلي:

1- أمراض النمو وغالباً ما يكون لها أسبابها العضوية، ولكن التفاعل مع الإعاقة يظهر بشكل نفسي كاضطراب المشي والكلام والحركة.

2- أمراض العاطفة، اضطرابات السلوك وهي عبارة عن التصرفات الغير سوية لوجود ضغوط نفسية.

3- الأمراض الفسيولوجية النفسية أو ما يعرف بالاضطرابات الجسمية.

يحتاج الأطفال إلى الحب المعتدل وفرض نظام ثابت وواضح للطفل والاهتمام بإيجاد القدوة التي يتفهمها الطفل. وعدم الاهتمام أو العنف من الوالدين يؤدي إلى اضطرابات الشعور ومن ثم عدم المبالاة بمشاعر الآخرين. وقد وجد أن السرقة والعنف تصبح صفات أولئك الأطفال عند الكبر.

عندما تلح الأم في إيصال طفلها إلى درجة الكمال من ناحية السلوك والشكل والنظافة والذكاء فإنها ستحبه، ولكن عندما لا تتحقق رغبتها فإن تصرفات الأم تتحول إلى نوع من الجفاء والغلظة والعقاب الغير مبرر لتصل به إلى طموحاتها. ولقد عرف منذ القدم أن العناية بالطفل ورعايته من النواحي الشكلية دون توفير المحبة والعاطفة اللازم لذلك تنتج طفلاً قلقاً، اعتماديا وقد يكون ذو سلوك معارض.

العوامل المؤثرة والمؤدية إلى اضطراب الأطفال النفسي

1- الاضطرابات النفسية في الوالدين خصوصاً الأم سواء كان مرضاً عقلياً أو نفسياً أو اضطراب في الشخصية.

2- التطلعات والآمال الكبيرة في الطفل مما يجعل الأسرة في وضع متوتر، فعندما يخفق الطفل يشعر الوالدين بالدونية والتوتر. وقد يخضع الوالدين طفلهما إلى أساليب لا يتحملها.

3- اتساع العائلة والتفاعل مع الأخوة، فقد وجد أن وجود أربعة أطفال وأكثر في عائلة واحدة قد ينقص مستوى الذكاء قليلاً، ويقلل مستوى الأداء في المدرسة وقد يؤدي إلى جنوح الأطفال بنسبة الضعف مقارنة بالأسرة الصغيرة. كما وجد أن كثرة أفراد العائلة وقلة رعاية الوالدين وضيق المكان من العوامل المؤثرة سلبياً على صحة الطفل.

4- العنف تجاه الأطفال وما يؤدي إليه من إصابات الرأس والمخ والتخلف العقلي واضطرابات العلاقة الرابطة والسلوك.

5- حدة أحد الوالدين في مرحلة الطفولة خاصةً الأم.

6- الطلاق بين الوالدين حيث وجد أن نسبة 60% من المطلقين في الولايات المتحدة لديهم أطفال تحت سن 5 سنوات يعانون من الاضطرابات النفسية.

الحدود التي تُعتبر عندها الاضطرابات النفسية لدى الأطفال مألوفة يمكن للعديد من الاضطرابات النفسية أن تبدأ في مرحلة الطفولة. وتشير التقديرات أن واحدا من بين كل عشرة أطفال ومراهقين يعاني من مرض نفسي. إلا أن أقل من واحد من كل خمسة أطفال يتلقى العلاج.

ما هي بعض أنواع الاضطرابات النفسية لدى الأطفال؟

قد يصاب الأطفال باضطراب واحد أو أكثر من اضطراب في نفس الوقت. وفيما يلي بعض الاضطرابات الشائعة:

أسباب المرض النفسي لدى الأطفال

إن السبب الدقيق لمعظم الاضطرابات النفسية غير معروف بشكل كامل. وبشكل عام، فإن الاضطرابات النفسية تنشأ عن اجتماع عوامل وراثية وغيرها من العوامل البيولوجية والتنشئة وعوامل بيئية أخرى. وهناك تأثير معقد بين البيولوجيا والبيئة. فالدماغ يؤثر على السلوك والخبرة تؤثر على نمو الدماغ.

من الأمور المألوفة لدى الأطفال أن يسيئوا التصرف أو يشعروا بالقلق أو الحزن. يقول الأطفال الذين بلغوا السنتين من العمر "لا". أما المراهقون، فإنهم يستجوبون السلطة. لذلك فمن المهم التمييز بين التغيرات السلوكية النموذجية وسمات المشاكل الأكثر خطورة. فالمشاكل تستحق عناية أكبر عندما تكون شديدة ومتواصلة ومؤثرة على الأنشطة اليومية للطفل.

تتم المساعدة من خلال :

استشارة طبيب الأطفال من خلال إجراء فحص طبي شامل للطفل. وإجراء يحتاج إلى مزيد من التقييم أو المعالجة من قبل اختصاصي في المشاكل السلوكية للأطفال واختصاصيي الصحة النفسية الأطباء النفسيون واختصاصيو علم النفس والعاملون في الخدمة الاجتماعية ومعالجو شئون الزواج والعائلة وممرضات الطب النفسي ومعالجو السلوك.

كما يمكن الاتصال بمدرسة الطفل حيث يمضي الأطفال قسما كبيرا من يومهم في المدرسة. كما أنه من الممكن أن يستطيع المعلمون ومستشارو المدرسة أن يقدموا المساعدة فالاضطرابات النفسية قابلة للمعالجة. وهناك مجموعة من المعالجات لأغلب الاضطرابات النفسية. وتنقسم أغلب المعالجات إلى فئتين عامتين هما المعالجات النفسية الاجتماعية(المعالجة النفسية وخدمات أخرى) والمعالجات الصيدلانية (الأدوية). وجمع هاتين الفئتين معا، وهو ما يسمى بالمعالجة متعددة الأشكال، قد يكون في بعض الأحيان أكثر تأثيرا. ويجب أن تكون المعالجات عادة مصممة خصيصا من أجل المريض وفقا لحالة الطفل.

أعراض المرض النفسي عند الأطفال

الأطفال ما قبل المدرسة preschool children

ثورات المزاج temper tantrums

تعتري بعض الأطفال ثورات مزاج شديدة وتتعزز هذه بإثارة اهتمام الأهل وبالضبط غير المنظم، فالطفل الذي تثور أعصابه بهذا الشكل سرعان ما يحاول أهله تهدئته بالمكافآت والترضية والوعود. وقد يحاولون أحياناً ضبط سلوكه بحزم وأحياناً أخرى بالترضية الزائدة. وتعالج هذه الحالة بوضع حد حازم لما هو مسموح به من السلوك، ومواجهة الموقف بهدوء، ونحاول الضبط في كل مرة وعدم اللجوء الى الترضية الزائدة. وعادة ما توجد مشاكل زوجية تمنع من التنسيق بين الزوجين في مواجهة هذه المشكلة، فيجب الانتباه الى ذلك ومحاولة المساعدة في حل المشاكل الزوجية.

اضطرابات النوم

الأحلام المزعجة :nightmares

وهي كثيرة الحدوث في هذه المرحلة من الطفولة وتعالج بتطمين الطفل والشرح للأهل بأن الحالة مؤقتة.

أما الفزع الليلي night terror فيختلف بأن الطفل يصحو فزعاً، وقد يصيح ويبدو فزعاً، ولا يستجيب لمحاولات التهدئة والتطمين وكأنه غير واع لها. وفي اليوم التالي لا يذكر شيئاً عن حصول الحالة، وإذا كانت كثيرة التكرار فيفضل عمل مخطط للدماغ، وقد يعطى الطفل علاجاً مهدئاً قبل النوم لفترة محدودة.

وهنالك أيضاً حالة المشي أثناء النوم sleep walking حيث يمشي الطفل بصورة ميكانيكية فاتحاً عينيه، ومتجنباً الاصطدام بالأشياء، وبعض الأحيان متوتر الأعصاب ولا يتجاوب مع الأسئلة. وهو يصحو بصعوبة مع أنه يمكن قيادته بسهولة إلى العودة للفراش. وعادة ما لا تتجاوز هذه الحالة بضع دقائق ولكنها قد تصل الى ساعة في بعض الأحيان يقوم أثناءها الطفل بأعمال معقدة مثل فتح الباب والخروج من المنزل. ويحصل المشي أثناء النوم من نوع Non- REM في الجزء الأول من الليل.

ولا يوجد علاج خاص لهذه الحالة وإنما تعمل إجراءات حماية للأبواب والشبابيك والأدراج لمنع تأذي الطفل. ولا تستمر الحالة إلى الكبر إلا في حوالي 15% من الحالات.

الأطفال الأكبر سناً

اضطرابات القلق Anxiety Disorders

يكون الطفل في حالة من التوجس والخوف والتهيب ومعتمداً على والديه أكثر من العادة، وفي الليل تتتابه الأحلام المزعجة وفي النهار يجد صعوبة في تركيز انتباهه. وقد يشكو من أعراض جسمية مثل الصداع والغثيان والتقيؤ وآلام البطن، كما يميل إلى القلق الزائد على الامتحانات أو المشاركة في النشاطات العادية مع الأطفال الآخرين. وبعضهم قد يعاني من الوساوس والرهابات.

والعلاج يتضمن الانتباه إلى وجود عوامل مسببة مثل الأحداث الضاغطة stresses والمشاكل الأسرية، ويشجَّع الطفل على التحدث عن همومه ويطمأن بصورة مناسبة، كما يشجع الأهل على التصرف بطرق تقلل من قلقه. ولا تستعمل المهدئات إلا في الحالة الشديدة ولفترة قصيرة.

ومن أشكال القلق ما يلي :

1- **قلق الانفصال:** يظهر هذا القلق بالتصاق الطفل بأبوية وانزعاجه البالغ لأي افتراق عنهم. وقد يقلق الطفل على إمكانية مرض الأبوين أو حصول حادث لهما. وقد يكون هذا النوع جزءاً من حالة قلق عام عند الطفل، أو حالة مستقلة ناجمة عن تجربة مؤثرة مثل دخول أحد الأبوين للمستشفى أو التهديد بالطلاق. كذلك فإن المبالغة في حماية الطفل قد تولد عنده قلق انفصال طويل الأمد.

2- **الرهاب:** وهو حالة قلق أو خوف شديد بشكل لا يتناسب مع السبب المثير للقلق مثل الرهاب من الظلام أو الحشرات أو بعض الحيوانات الأليفة، أو الخوف من الغرباء والناس إجمالاً، والشعور بالحرج والخجل والبقاء صامتاً عند الاختلاط مع الناس، والخوف من المدرسة. وإذا لم يجدِ في هذه الحالات التشجيع والتطمين فإنه يمكن علاجها بالعلاج السلوكي.

3- **الشكوى من أعراض جسدية:** قد يشكو الطفل من أعراض جسدية ليس لها سبب عضوي مثل آلام البطن، الصداع والغثيان. وعادة ما يكون هناك ظروف ضاغطة أو أنها ترافق القلق.

وتعالج بمحاولة علاج أسبابها أن عرفت، وبتشجيع الطفل أن يتكلم عن قلقه ومشاكله، وإشغال الطفل بنشاطات ممتعة له تصرف انتباهه عن أعراضه.

4- **الأعمال القهرية والأفكار الوسواسية:** عادة ما تكون في الطفولة جزءاً من حالة قلق أو اكتئاب، ونادراً ما تشكل حالة مرضية مستقلة قبل سن المراهقة.

الاكتئاب عند الأطفال

كان يعتقد أن الاكتئاب كمرض لا يحصل عند الأطفال، لكنه ثبت أنه يحصل ولكن أعراضه قد تكون مختلفة عنها عند الكبار.

1- **من سن 7 شهور - 30 شهراً يحصل اكتئاب** (anaclitic depression) سببه انفصال طويل من قبل الشخص المسؤول عن العناية بالطفل (أكثر من أسبوع). والأعراض تتضمن فقدان الشهية وقلة النشاط المعتاد وتعبيراً كئيباً على الوجه. والعلاج طبعاً هو إنهاء الانفصال واستعادة العلاقة السابقة.

2- **الأطفال قبل دخول المدرسة:** تظهر الأعراض على شكل صعوبات سلوكية مثل التحرك الزائد والعدوانية، وقد يكون السبب هو الانفصال كما سبق أو شعور الطفل بعجزه عن السيطرة على التبرز أو التبول. والعلاج يتركز حول تحسين ظروف الطفل وقد يحتاج إلى علاج نفسي داعم.

3- **الأطفال بعد سن المدرسة:** قد يعانون من أعراض الاكتئاب المعروفة عند الكبار مثل قلة الشهية واضطراب النوم والشعور بالاكتئاب وفقدان الاهتمام بالمدرسة وصعوبة التركيز، والميل للعزلة وقلة الكلام، وسرعة الاستثارة والتوتر وإذا كان الطفل خجولاً برزت هذه الصفة بشكل أكبر، كما يشعر الطفل بالحرج والارتباك إذا ما وجه له مديح. وقد يكون سبب الحالة في هذه المرحلة الشعور بالعجز أو عدم الكفاءة في مواجهة ضرورات التكيف. والعلاج النفسي يفيد في استعادة الطفل لثقته بنفسه.

4- **الأطفال في سن المراهقة:** تظهر عندهم أيضاً أعراض الاكتئاب المعروفة عند الكبار، وخاصة الشعور العام بالملل والضياع بالنسبة للمستقبل.كما وتحصل اضطرابات سلوكية مثل ثورات الغضب والتهيج في البيت واللجوء إلى التدخين والخروج ليلاً بدون إذن وربما السرقة والكذب.

العلاج بشكل عام :

تستعمل مضادات الاكتئاب في الحالات الشديدة بالجرعات المناسبة، ولا يجوز استعمالها بمعزل عن العلاج الأسري والفردي. ويتولى الأهل إعطاءها بنفسهم.

متلازمة توريت Tourettes Syndrome

تتكون هذه المتلازمة من حركات لا إرادية غير هادفة (ثورات، بما فيها ثورات صوتية مثل استعمال عبارات شتم وبشكل لا إرادي. وقد تسبق أو تتلو الثورات الحركية هذه الثورات الصوتية (vocal tics). إن الضغوط النفسية قد تزيد من شدة هذه الأعراض ولكن السبب الحقيقي غير معروف وأكثر الاحتمال أن يكون السبب عضوياً.

وليست هذه الحالة نادرة كما كان يعتقد سابقاً، وتسبب حرجاً كبيراً للمصاب إذ قد يظن الآخرون أنه يشتمهم. وإذا كان كبيراً فربما يفقد عمله بسببها. وهي لا تستجيب لمحاولة السيطرة الإرادية عليها.

تكثر هذه الحالة عند الأولاد وتبدأ قبل سن 21 وعادة في الطفولة الباكرة، وفي كثير من الحالات نجد تاريخاً أسرياً لهذه الحالة. وهي تحصل في جميع طبقات المجتمع بدون تمييز.

وعلاجها دوائي بالدرجة الأولى ويضاف إليه العلاج النفسي الداعم:

1- استثارة الجهاز التناسلي عند الأطفال: masturbation

يحدث هذا السلوك عند كل الأطفال بدون استثناء خاصة بين سن 3.5 – 6 سنوات. وهو ليس حالة مرضية لكن الأهل قد يراجعون الطبيب بشأنه وخاصة إذا كان السلوك مفرطاً. مع العلم أن الإفراط هو دلالة على نقص الإثارة في حياة الطفل من مسليات وألعاب ومداعبة أو ناتج من زيادة التنبيه الجنسي في محيطه. والعلاج في الحالة الأولى هو وضعه على برنامج متدرج من الإثارة stimulation وفي الحالة الثانية أن نتحرى تعرض الطفل لإثارة جنسية متعمدة أو سلوك جنسي تجاهه.

التبول اللا إرادي : Enuresis

يقصد بهذه الحالة عدم القدرة على التحكم في التبول بدون وجود أسباب عضوية لذلك، وقد يكون ليلياً (nocturnal) فقط أو ليلاً ونهاراً (diurnal). وقد يكون مستمراً منذ الولادة أو مبدئياً (primary) أو بعد فترة من التحكم الطبيعي وليس ثانوياً (secondary). ويعتبر سن خمس سنوات هو الحد بين اعتبار الحالة طبيعية أو مرضية. وتسبب هذه الحالات إحراجاً للطفل وربما اضطرابات نفسية إذا ما عومل بقسوة بشأنها.

وقد تمنعه من النوم خارج البيت أو السفر في عطلات... وتحصل هذه الحالة عند 10% من الأطفال في سن خمس سنوات وتنزل إلى 4% عند الأطفال الذكور منها عند الإناث مع أن عدم التحكم النهاري أكثر عند الإناث من الذكور.

الأسباب :

تنجم الحالة عن تأخر في نضوج الجهاز العصبي المشرف على هذه الوظيفة. ولا يوجد أي مرض نفسي عند الأغلبية الساحقة من هؤلاء الأطفال، إلا أن الأسباب النفسية قد تلعب دوراً في بعض الحالات وخاصة الثانوية منها. كما أن التدريب على استعمال المرحاض قد يكون ناقصاً أو مبالغاً فيه.

المعالجة :

بعد التأكد من عدم وجود سبب عضوي نقوم بما يلي:

1- يُشرح للأهل أن الحالة شائعة وأن الطفل غير ملام عليها، وأن العقاب واللوم لا يفيد.

2- يطلب من الأهل مكافأة الطفل في الأيام التي لا يبلل فيها الفراش. إن الكثير من الأطفال في سن 5 أو 6 سنوات يتحسنون فقط بعد اتباع هذه النصائح لكن الأكبر منهم يحتاجون الى أكثر من ذلك ولذا:

3- يقيّد استعمال السوائل قبل النوم، ويجب أن يذهب الطفل إلى المرحاض قبل النوم، ويصحّى بعد النوم بساعات قليلة للذهاب للمرحاض مرة ثانية.

4- يستعمل الأهل بطاقة أو ورقة خاصة يوضع عليها نجمة عن كل يوم لا يبلل فيه كمكافأة له.

5- استعمال الأدوية ثلاثية الحلقات بجرعات صغيرة من 10-25 ملغرام قبل النوم.

6- استعمال جهاز جرس الإنذار Bell and Pad في حالة عدم الاستجابة على الطريقة السابقة. إن أكثر الحالات تستجيب للعلاج خلال شهر - 3 أشهر حيث يتمكن الطفل من السيطرة على التبول تماماً بعد العلاج.

التبرز اللا إرادي Encopresis

وهو نادر الحدوث، وغالباً ما يدل على وجود مشكلة شديدة في العلاقات مع الأبوين يواجهها الطفل بهذا الشكل كسلوك احتجاجي.

العلاج :

نبحث عن وجود أي سبب عضوي ثم يجرى تقييم وضع الأسرة وعلاقاتها مع الطفل وتقييم أي ظروف ضاغطة على الطفل، ويتم تدريب الطفل بالجلوس على مقعد المرحاض لمدة عشر دقائق بعد كل وجبة طعام. وغالباً ما تزول الحالة بعد هذه الإجراءات، ولا تطول الحالة عادة إلى سن 13 حتى وإذا لم تعالج.

اضطراب السلوك Conduct Disorder

هو أكثر الاضطرابات حدوثاً عند الأطفال الأكبر سناً والمراهقين. ويتميز بسلوك معاد للمجتمع شديد ومستمر، ويظهر في الطفولة الباكرة بشكل عدوانية تجاه الأطفال الآخرين وثورة على الأبوين ونشاط مفرط. وفي مرحلة متقدمة من الطفولة يتظاهر بشكل عصيان وكذب وشتم أو ضرب في المدرسة وتغيب عن المدرسة truancy وسرقة وتخريب بدون هدف وإشعال النيران. وقد تصبح الفتيات المراهقات إباحيات جنسياً، أو يلجأ الأطفال الكبار والمراهقون إلى استعمال مواد الإدمان والكحول.

الأسباب :

تكثر هذه الحالات في الأسر المحطمة التي يسودها عدم الاطمئنان والرفض، وفي الأحياء شديدة الاكتظاظ بالسكان حيث يكثر الإجرام. وفي بعض الحالات يكون هناك استعداد في شخصية الطفل لمثل هذا السلوك بغض النظر عن ظروفه ويترافق عادة مع صعوبات في القراءة والكلام.

العلاج :

ينفع العلاج الأسري والسلوكي في الحالات الخفيفة والمتوسطة، أما الحالات الشديدة فتحتاج الى الإدخال الى وحدات خاصة لعلاج هذه الحالات والى مدارس خاصة.

خلل الانتباه وفرط النشاط الحركي
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADD , ADHD)

ذلك هو الاسم حسب DSMIV أما ICD فيستعمل المصطلح (Hyperkinetic Disorder).

الوصف السريري للحالة:

تظهر علامات فرط النشاط عندما يبدأ الطفل المشي، وأحياناً قبل ذلك فهو يتحرك ويعبث في كل شيء باستمرار، ولا يستطيع تركيز انتباهه إلا لفترة قصيرة. وفي الحالات الأشد يكون اندفاعياً في سلوكه، لا مبالياً، يعرض نفسه للحوادث. وتحدث عنده ثورات مزاج وعدوانية كلامية وجسدية نحو الأسرة تستنفذ طاقة الأسرة وترهقها. ويتقلب مزاجه، وغالبا باتجاه الاكتئاب. كما تكون لديه صعوبات في المدرسة مع المعلمين أثناء الحصة، حيث لا ينتبه ويعبث في الأشياء ويمزح مع من حوله، ويعطي انطباعاً للمدرس بأنه مشاغب لا يحترم الدرس أو المعلم. مما يدخله في دوامة من العقوبات المدرسية، كما أنه نادراً ما يقوم بواجبات المدرسة المنزلية، ويكون تحصيله الدراسي أقل مما يبدو من ذكاء في تصرفاته وكلامه. ومع الزمن يصبح معروفاً في المدرسة بثورته وشغبه ونقمة المعلمين و الإدارة عليه، لاعتقادهم بأنه لايحترمهم أو يقدر جهودهم. وقد يتعرض للضرب أو العقوبات الشديدة مما يزيد في مشكلته سوءا.

الانتشار:

كان يعتقد أن هذه الحالة قليلة الحدوث أما في السنين الأخيرة فقد تبين أنها منتشرة على نطاق واسع حتى حدوثها قدر بـ 20% من السكان في الولايات المتحدة على درجاتها المختلفة الخفيفة والمتوسطة والشديدة. ولكن يبدو أن ذلك ناشئ عن استعمال مواصفات مبالغ فيها للتشخيص.

الأسباب:

الأسباب هنا غير معروفة، وهناك اقتراحات عن أسباب وراثية أو تلوث البيئة أو الظروف الاجتماعية، لكنه لم يثبت شيء لغاية الآن. والذي يبدو أن خلل الانتباه لايعني دائما عدم القدرة على الانتباه بل في بعض المواقف يكون الانتباه شديدا ولفترة طويلة مثل الاعمال الميكانيكية أو الألعاب الالكترونية ولكن القدرة على الانتباه تقل في مواجهة الشرح النظري أو القراءة.

العلاج:

لأسباب غير معروفة وجد أن المنبهات **Stimulants** مثل الـ **Methylphenidate** لها تأثير مناقض على هذه الحالات، فهي تقلل من فرط النشاط وما يتبعه من اندفاعية حتى أنها تحسن الانتباه وليس لها تأثير إدماني لكن لها بعض الأعراض الجانبية، مثل ضعف

الشهية للأكل والتوتر. وقد يحصل تخفيض في سرعة النمو. ويحتاج الآباء والمعلمون إلى تعليم خاص بهم يعتمد على أساليب عملية في التعليم أكثر من القراءة والحفظ. وتتحسن هذه الحالة مع التقدم في السن وتزول في معظم الحالات قبل سن الـ 18 إلا أنها في الحالات الشديدة قد تستمر في الكبر.

حالة التوحد عند الأطفال (Autism)

والبعض يسميها التوحد، وهي حالة من اضطراب شديد في السلوك تبدأ في الطفولة الباكرة بين سن 3-8 سنوات. وهي نادرة حيث يقدر حدوثها بـ -4030 حالة لكل مائة ألف طفل، وتحدث بنسبة أربع مرات أكثر عند الذكور منها عند الإناث.

ومظاهرها الأساسية هي:

1- عدم القدرة على التواصل مع الآخرين، حيث يجد الأبوان أن طفلهما لا يتجاوب مع الابتسام والمداعبة، ولا مع الآخرين، ولا يوجد فرق في سلوكه تجاه الناس واتجاه الأشياء الجامدة. وقد يظهر عند بعضهم سلوك التصاقي بفرد من أفراد العائلة فقط مثل الأم أو الأب. وقد يكون هذا السلوك الالتصاقي تجاه شيء ما مثل كاس أو صحن أو ملعقة...ألخ ويتميزون أيضاً بتجنب النظر في العينين gaze avoidance أو الاتصال عن طريق العينين.

2- تحصل الحالة بعد فترة من نمو القدرة على الكلام عند الطفل ثم تتدهور هذه القدرة وتزول كلياً ولا تعود، أو تعود بعد فترة طويلة. وهذا جزء من خلل يصيب القدرات المعرفية cognitive deficit يؤثر حتى على الاتصال غير الكلامي nonverbal communication.

3- الانزعاج ومقاومة أي تغيير في محيطهم، فهم يصرون على أكل نفس الأطعمة ونفس الألعاب ونفس الملابس وبقاء ترتيب البيت وأثاثه كما هو.

4- قد يبدو عليهم تقلب انفعالي شديد، فهم يخافون أو يغضبون بدون سبب ظاهر وقد يصبحون مفرطي الحركة ومضطربي النوم ويبللون أو يتبرزون في فراشهم. وتحصل عند 25% منهم نوبات صرعية لدى الاقتراب من سن المراهقة.

الأسباب :

غير معروفة مع العلم أن الخلل الأساسي هو في القدرات المعرفية وخاصة التفكير الرمزي واللغوي.

المصير :

عند حوالي نصف الحالات من الأطفال تنمو القدرة على الكلام. ولدى حوالي 10-20% يستطيعون مع الزمن الالتحاق بالمدارس العادية والقيام بمهنة أو عمل منتظم، و10-20% آخرون يستطيعون البقاء في البيت والتعلم في مدارس خاصة ولا يستطيعون العمل، والباقي لا يستطيعون العيش بدون الاعتماد على الآخرين.

العلاج : هناك 3 عناصر للعلاج.

1- مواجهة السلوك غير العادي: وذلك بدراسة عوامل حدوث هذا السلوك ومحاولة تعديله.

2- التعليم، وأغلبهم يحتاج إلى مدارس خاصة وبعضهم يحتاج إلى مدارس داخلية أو مراكز نهارية. والهدف هو تمكين الطفل من الاستفادة مما تبقى من إمكانياته لأقصى حد تمكن.

3- الدعم المعنوي والاجتماعي لأسرة الطفل.

البكم الانتقائي : Selective Mutism

وهي حالة من عدم الكلام في مواقف معينة فقط مع غياب أي اضطراب أو عيب في الكلام أو النطق. فالطفل يتكلم مثلاً بصورة عادية في المنزل لكنه في المدرسة يصمت تماماً عن الكلام، وقد يرفض أيضاً المشاركة في اللعب إذا ما طلب منه ذلك. وتتحسن هذه الحالة عادة خلال خمس سنوات في نصف الحالات، وبعد هذه المدة من غير المؤكد ماذا يحصل. والسبب غير معروف.

العلاج :

نتجه في العلاج الى الظروف الضاغطة في المدرسة أو البيت التي يشتبه أنها تساهم في شدة الحالة.

الإساءة للأطفال Child Abuse

يشمل ذلك الإساءة الجسدية، والجنسية، وبمعنى أشمل الإساءة العاطفية، والإهمال المتعمد.

1- الإساءة الجسدية:

تعني تعمد إيذاء الطفل جسدياً عادة من قِبل أحد الأبوين ففي المجتمعات الصناعية يقدر أن طفلاً من كل ألف يؤذى لدرجة تكسير العظام أو النزيف حول الدماغ. والإصابات الأخف من ذلك أكثر حدوثاً، وغالباً ما لا تصل للطبيب.

تكتشف هذه الحالات عندما يحضر الأهل طفلاً مدعين أنه تعرض لحادث أو يبلّغ الأقارب أو الجيران أو الأصدقاء عن حاله للشرطة أو الجمعيات المهتمة. ويتم التشخيص بناء على :

- طبيعة الأذى وموقعه.
- سوابق لأذى مماثل أثار الشبهة.
- التأخر في طلب المساعدة وعدم الاكتراث عند الشكوى من الجروح أو الأذى.
- سلوك متخوف من قبل الطفل تجاه الوالدين.

أسباب الإساءة للأطفال:

1- أسباب اجتماعية : يكثر في الأحياء التي ينتشر فيها العنف وتكثر البطالة وحيث يكون الإسكان والتعليم ذا مستوى غير مرضٍ، ولا يوجد شعور بالانتماء إلى المجتمع.

2- أسباب تتعلق بالأبوين: معظم الذين يقومون بالإساءة للأطفال إما أن يكونوا صغيري السن، مضطربي الشخصية، معزولين اجتماعياً ونفسياً أو يكون زواجهم محطماً أو لهم سجل إجرامي، والقليل لهم سجل مرضي نفسي، والكثير من الآباء يكونون أنفسهم قد تعرضوا للإساءة وهم أطفال.

3- عوامل في الطفل نفسه: الأطفال الذين ولدوا خدج واحتاجوا للبقاء في المستشفى فترة طويلة، أي الانفصال عن الأبوين في الفترة التي يتكون فيها رابطة الأمومة والأبوة، الأطفال الذين بهم تشوهات ولادية أو أمراض مزمنة أو ذوي مزاج سيء أو سلوك اندفاعي تخريبي.

الفصل الخامس

5

الإعاقة البصرية

تقديم

إن المعوقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم منه قدراتهم وطاقاتهم، فاهتمام المجتمعات بفئات المعوقين يرتبط بتغيير النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد، والتحول من اعتبارهم عاله اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتم تنمية هذه الثروة والاستفادة منها إلى أقصى حد ممكن.

الإنسان يعتمد على حواسه الخمس: السمع، والبصر، والمس، والشم، والذوق، في الحصول على المعلومات والتعرف على البيئة المحيطة به،بما أن الجزء الأكبر من التعليم يتم عن طريق حاسة الإبصار، فان تلك الحاسة هي التي تتولى عملية تنسيق وتنظيم الانطباعات التي يتم استقبالها عن طريق الحواس الأخرى.

وبذلك فالمعاق بصريا يعيش عالما ضيقا محدودا نتيجة لعجزه ويود لو استطاع التخلص منه والخروج إلى عالم المبصرين، فهو لديه حاجات نفسيه لا يستطيع إشباعها، واتجاهات اجتماعية تحاول عزله عن مجتمع المبصرين، ويواجه مواقف فيها أنواع من الصراع والقلق. كل هذا يؤدي بالمعاق بصريا إلى أن يحيا حياه نفسيه غير سليمة، قد تؤدي به إلى سؤ التكيف مع البيئة المحيطة به.

تعرف الإعاقة البصرية على أنها حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفاعلية بما يؤثر سلبا في أدائه ونموه. ويعرف اشروفت و زامبون (Ashroft&Zambone) الإعاقة البصرية على أنها عجز أو ضعف في الجهاز البصري تعيق أو تتغير أنماط النمو عند الإنسان.

تعريف الإعاقة البصرية

تعريف الإعاقة البصرية لغويا: تستخدم ألفاظ كثيرة في اللغة العربية المتعرف بالشخص الذي فقد بصره وهذه الألفاظ هي:

كلمة الأعمى: وهي مأخوذة من أصل مادتها وهي العماء، والعماء هو الضلالة، والعمى يقال في فقد البصر أصلا، وفقد البصر مجازا وكلمة الأكمة: فمأخوذة من الكمه، والكمه هو العمى قبل الميلاد.

وكلمة الاعمه: مأخوذة من العمة، والعمة كما في لسان العرب التحير والتردد، وقيل العمة التردد في الضلالة والتحير في منازعة أو طريق. ويقال العمة في افتقاد البصر والبصيرة، وقيل أن العمة في البصيرة كالعمى في البصر.

وكلمة الضرير: فهي بمعنى الأعمى، لان الضرارة هي العمى، و الرجل الضرير هو الرجل الفاقد لبصره.

وكلمة العاجز: فتطلق على المكفوف.

وكلمة الكفيف أو المكفوف: فأصلها من الكف ومعناها المنع. والمكفوف هو الضرير وجمعها المكافيف.

كما ويعرف ديموت (demott) الإعاقة البصرية بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي:

أ. البصر المركزي ب. البصر المحيطي ت. التكيف البصري ث. البصر الثنائي ح. ورؤية الألوان وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين. ومن أكثر أنواع الإعاقات البصرية شيوعا الإعاقات التي تشمل البصر المركزي والتكيف البصري والانكسار الضوئي.

ومن أكثر التعاريف المستخدمة حاليا تعريف بارجا(Barraga) والذي ينص على:

أن الأطفال المعوقين بصريا هم الأطفال الذين يحتاجون إلى تربية خاصة بسبب مشكلاتهم البصرية الأمر الذي يستدعي إحداث تعديلات خاصة على أساليب التدريس والمناهج ليستطيعوا النجاح تربويا. ومن ناحية عملية يصنف الأطفال المعوقين بصريا إلى فئتين:

أ. **الفئة الأولى:** هي فئة المكفوفين وهم أولئك الذين يستخدمون أصابعهم للقراءة ويطلق عليها اسم قارئ بريل (Braille Readers).

ب. **الفئة الثانية:** هي فئة المبصرين جزئيا (partially seeing) وهم أولئك الذين يستخدمون عيونهم للقراءة ويطلق عليها أيضا قارئ الكلمات المكبرة (large-type readers) أما التعريف القانوني الطبي للإعاقة البصرية فهو يعتمد على حدة البصر.

والمقصود بحدة البصر هو القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة(مثل قراءة أحرف أو أرقام أو رموز أخرى وعلى وجه التحديد فإن حدة البصر هي الأبصار العادية هي 20/20 أو 6/6وذلك يعني أن الفرد يستطيع قراءة الأحرف على لوحة سنلن على بعد 20قدم أو6 أمتار. فإذا كانت حدة البصر لدى الفرد 20/200 أو دون ذلك فهو مكفوف طبيا.

التعريف التربوي للمكفوف: المكفوفين و المبصرين جزئياً (ضعاف البصر) حيث يعرف المكفوف تربويا بأنه شخص الذي فقد قدرته البصرية بالكامل أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط(يفرق بين الليل والنهار) ولذا فإن عليه الاعتماد على الحواس الأخرى للتعلم.

ويتعلم المكفوف القراءة والكتابة عادة عن طريق بريل. وعلى أية حال،فالمكفوف لديه عادة شيء من القدرة البصرية أو مايسمى بالبصر الوظيفي (functional vision)

التعريف القانوني للإعاقة البصرية:

المكفوف: هو شخص لديه حدة بصر تبلغ 20/200 أوأقل في العين الأقوى بعد اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة أو لديه حقل إبصار محدود لايزيد عن20درجة ضعيف البصر (المبصرجزئيا):هو شخص لديه حدة بصر أحسن من20/200 ولكن أقل من 20/70 في العين أقوى بعد لإجراء التصحيح اللازم.

التعريف التربوي للإعاقة البصرية:

المكفوف: هو شخص يتعلم من خلال القنوات اللمسية أو السمعية.

ضعيف البصر: هو شخص لديه ضعف ببصري شديد بعد التصحيح ولكن يكون تحسين الوظائف البصرية لديه.

محدود البصر: هو شخص يستخدم البصر بشكل محدود في الظروف الاعتيادية، تعريف منظمة الصحة العالمية للإعاقة البصرية :

الإعاقة البصرية الشديدة: حالة يؤدي الشخص فيها الوظائف البصرية على مستوى محدود.

الإعاقة البصرية الشديدة جدا: حالية يجيد فيها الإنسان صعوبة بالغة في تأدية الوظائف البصرية الأساسية.

شبه العمى: حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر.

العمى: فقدان القدرات البصرية.

نسبة حدوث الإعاقة البصرية

معدل حدوث الضعف البصرى للأفراد تحت سن 18 عاماً حوالي 1000/12.2 أما الإعاقة الحادة (الفقد للبصر كلية) يحدث بمعدل 100/0.6 شخص.

ملامح الإعاقة البصرية

يعتمد تأثير المشاكل البصرية على مدى حدة فقد البصر، نوع فقد الشخص له (كلياً أم جزئياً)، السن الذي فقد فيه، وظائف الأجهزة الأخرى عند الإنسان.

عندما يصاب الشخص بإعاقة بصرية منذ الصغر لابد من تقييمها في مرحلة مبكرة للتدخل في البدايات قبل تعقد الحالة ولا يصبح هناك حلاً ملائماً لها. وأولى هذه المشاكل هي العملية التعليمية بحدوث تأخر فيها. لذا فإذا كان الطفل الصغير يعاني من ضعف الرؤية وليست لديه النزعة الاستكشافية للأشياء من حوله في البيئة، يفتقد إلى فرص تعلم الأشياء، ولا تتاح له الفرصة إلى أن يتوافر له الدافع القوي أو أن يتدخل طرف خارجي من المحيطين به يدفعه إلى عمل ذلك، لأن الطفل في سن صغيرة يبني خبراته من خلال التعلم واكتساب الخبرات ممن حوله مع تقليدهم وإذا لم يستطع رؤية من حوله من الأصدقاء أو الأقارب فلن يستطيع التقليد أو أن يفهم الإيماءات غير الشفهية وبذلك تخلق أمامه نوعاً من عدم الاستقلالية.

لكن بالمعرفة يمكن إدخال الوسائل التكنولوجية الحديثة لاكتساب الخبرات التعليمية، وبالنسبة للشخص الفاقد لبصره بشكل جزئياً هناك وسائل عديدة من أجهزة الكمبيوتر، شرائط الفيديو مخصصة له. أما لفاقدي البصر كلية أو من يعانون من ضعف حاد يمكنهم التعلم بواسطة مواد تعليمية مطبوعة بأحرف كبيرة، نسخ الكتب على شرائط تعليمية، أو التعلم بطريقة برايل.

تطور رعاية الإعاقة البصرية

قديما: لم تكن هناك أي رعاية تربوية تذكر أبان تلك العصور حيث عاش المعاق بصريا عيشة بؤس وشقاء حيث يلجأ بعض الآباء إذا كف بصر بعض أبنائهم ليستدروا عطف

الناس عند التسول، ولقد ورد في الكتابات القديمة لأفلاطون وار سطو ضرورة التخلص من المعاق بصرياً بالإعدام أو النفي خارج البلاد، وجاء ذلك في قوانين ليكروجوس وسولون، وفي روما ظل الناس فترة طويلة من الزمان يغرقون المعاق بصرياً في نهر التيبر حتى جاء رمولوس فحد من هذا التصرف بعض الشيء إذ طلب ضرورة تشكيل جمعيات أهليه للبت في مدى صلاحية المعاق بصرياً للمواطنة الصالحة من عدمه، ولعل مرد هذا النبذ للمعاق بصرياً يرجع إلى بعض المعتقدات والخرافات الثقافية التي كانت سائدة عنه تلك الفترة كالخرافة الثقافية القائلة بأن لمس المعاق بصرياً قد ينقل العدوى إلى الملامس وان يديه خطرتان على الصحة العامة حتى إن بعض الأمهات لا يسمحن للمعاق بصرياً بلمس أطفالهن، وتظهر طبيعة ذلك النبذ الاجتماعي في رفض المجتمعات القديمة للمعاق بصرياً بممارسة أي عمل إلا في أضيق الحدود، ففي مصر القديمة مثلا عين المعاق بصرياً في بعض الأعمال البسيطة.

كما إن بعض المجتمعات كانت تعتبر المعاق بصرياً تجسيد للعنة الآلهة ولذلك كان المعاق بصرياً يلقي ألوانا من الاضطهاد والإذلال قد تصل إلى حد القتل، وبعض الجماعات القديمة كانت تعتبر المعاق بصرياً عالة على المجتمع وانه يضعف من قوتها وشأنها فلا مناص من الخلاص منه عملا بالمبدأ الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع.

حديثا: صدر في إنجلترا عام 1601 قانون اليزابيث للفقراء ولقد استفاد المعاق بصرياً من هذا القانون بحسبانه من الفقراء إلى جانب المنح التي كانت تمنح له من وقت إلى آخر حيث كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف المعاق بصرياً آنذاك. أما في فرنسا فقد أتيحت له حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستثارة الناس بشتى الوسائل حتى أسس الملك لويس ملجأ لإيواء ثلاثمائة معاق بصرياً وكانت الخدمات التي تقدم له تستهدف رفع معنوياته وتكيفه مع من حوله وما حوله.

وكانت أول محاولة للرعاية التربوية للمعاق بصرياً في تلك الفترة على يد (فالنتين هوى) في باريس إذ التقط معاقاً بصرياً من الشارع كان يستجدي وأدخله مدرسة أسسها هو بنفسه وأطلق عليها اسمه وسرعان ما أصبح عدد تلاميذها أثنى عشر تلميذا قامت بتمويلها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس، ولقد استخدم فالنتين مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن المعاق بصرياً بلمسها بأصابعه أن يقرأ، ثم أنشأت بعد ذلك عدة مدارس للمعاقين بصرياً في: ليفربول، أدنبره، بريستول، لندن، وفي اغلب العواصم الأوربية.

وهكذا بدأت الرعاية التربوية للمعاق بصرياً تنمو باطراد نتيجة مقالات (فولتير) التي ابرز فيها أن المعاق بصرياً يستطيع الاعتماد على نفسه إذا ما أتيح له فرص التأهيل والتدريب المهني السليم.

وفي مطلع القرن التاسع عشر أصبح تعليم المعاق بصرياً إلزاميا، وظهرت طريقة (لويس برايل) وطريقة (مون) وهما طريقتان للكتابة البارزة، أما بالنسبة لتعليم المعاق بصرياً الراشد فقد أعد له نظام التعليم في المنازل وابتدعت (اليزابيث جلبرت) هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة.

في القرن العشرين والحالي: مع بداية هذا القرن بدأت صيحات المربين تصل إلى كل مكان منادية بضرورة اضطلاع الدولة بمسئوليتها نحو المعاق بصرياً حتى صدر في إنجلترا عام 1920 قانون للمعاق بصرياً يضمن له مستوى معيشي امنا ومن ثم اصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية بمجرد تقديم المساعدات الثانوية للمعاق بصرياً.

وفي الوطن العربي كانت أول محاولة لتعليم المعاق بصرياً في مصر في صورة مدرسة خاصة أسسها معلم اللغة العربية يسمى (محمد أنس) في شيخون بالقاهرة وسافر إلى أوربا للإطلاع على نظم وطرق تعليم المعاق بصرياً واستيراد مطبعة لطبع الكتب بطريقة برايل. وكانت هذه المدرسة توقفت برحيل صاحبها، وأنشأت بعد ذلك الجمعية الإنجليزية لرعاية العميان التي اهتمت بتعليم المعاق بصرياً المهن المختلفة، وبعد الحرب العالمية الأولى بدأت وزارة المعارف في ذلك الوقت بالاهتمام بإنشاء معاهد خاصة للمعاق بصرياً كانت أولها مدرسة الجمعية الوطنية عام 1935، كما أنشأت في الوقت نفسه قسما إضافيا لخريجات مدرسة المعلمات للتخصص في تربية المعاق بصرياً ثم أخذت تتوسع بعد ذلك في إنشاء معاهد للمعاقين بصرياً في القاهرة والأقاليم واقتصر التعليم في تلك الفترة على المرحلة الابتدائية التي تنتهي بالتعليم المهني.

مظاهر الإعاقة البصرية

هناك العديد من الخصائص الإعاقة البصرية التي لها علاقة بعملية لدى الأفراد مثل العمر عند الإصابة، والأسباب،ونوع الإصابة،ودرجة الرؤية، ومآل الإصابة.

إن الأطفال الذين يفقدون بصرهم قبل سن الخامسة يمكن اعتبارهم معوقين ولاديا وذلك لأهداف تربوية فهذه الفئة من المعوقين بصريا لديها القليل من التخيل والتذكر

البصري كتذكر الألوان مثلا.(lowen feld) بينما الأطفال الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة يتعرضون إلى صعوبات لمسية أكثر من التذكر البصري ويتعرضون لمشكلات عاطفية كثيرة بسبب فقدانهم للرؤية، ومثل هذه المشكلات تزداد احتمالات حدوثها كلما كان الفقدان في مرحلة عمرية لاحقة.

إن المعرفة بطبيعة الإعاقة البصرية توفر المعلومات الضرورية التي تساعد المعلم في التعامل مع الحالات الفردية. فبعض حالات العين قد تكون مصحوبة بألم أو حساسية للضوء. ولذلك فإن من المهم معرفة الحالة وأثرها على السلوك العام للفرد وأثرها على التعلم.

تتعدد مظاهر الإعاقة البصرية ومنها:

1- حالة قصر النظر: Myopia

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء البعيدة لا القريبة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية أمام الشبكية،وذلك لأن كرة العين Eye Ballأطول من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المقعرة Concave Lensلتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

2- حالة طول النظر Hyporopai

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء القريبة لا البعيدة، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى سقوط صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين اقصر من طولها الطبيعي، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات المحدبة Convex Lens لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد هذه العدسات على إسقاط صورة الأشياء على الشبكية نفسها.

3- حالة صعوبة تركيز النظر اللابؤرية Astigmatism

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل مركز Notion Focusأي صعوبة رؤيتها بشكل واضح، ويعود السبب في مثل هذه الحالة إلى الوضع غير العادي أو الطبيعي لقرنية العين أو العدسة، وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسات الأسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء، بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تركيز الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية (فاروق الروسان، 1996، ص 118).

4- الجلاكوما Glaucoma

يعرف مرض الجلاكوما في كثير من الأحيان باسم الماء الأزرق، وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي الموجود في القرنية الأمامية (الرطوبة المائية)، أو يقل تصريفه نتيجة لانسداد القناة الخاصة بذلك، مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل مقلة العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر. ويعد هذا المرض سبباً من أسباب الإعاقة البصرية لدى كبار السن من المعاقين بصرياً، ونادراً ما يكون سبباً للإعاقة البصرية لدى صغار السن المعاقين بصرياً

5- عتامة عدسة العين Cataract

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد). وتنتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها. والغالبية العظمى من الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. وتتلخص أعراض عتامة العدسة، بعدم وضوح الرؤية والإحساس بأن هناك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر.

6- الحول Strabismus

وهو عبارة عن اختلال وضع العينين أو إحداهما مما يعيق وظيفة الإبصار عن الأداء الطبيعي. ويكون الحول إما خلقياً أو وراثياً، وإما أن ينتج عن أسباب تتعلق بظهور الأخطاء الانكسارية في مرحلة الطفولة (طول النظر، قصر النظر) أو ضعف الرؤية في إحدى العينين، وكثيراً ما يكون ضعف عضلات العين واحداً من الأسباب الرئيسية للحول

7- الرأرأة Nystagmus

هي عبارة عن التذبذب السريع والدائم في حركة المقلتين مما لا يتيح للفرد إمكانية التركيز على الموضوع المرئي.

أسباب الإعاقة البصرية

تقسم أسباب الإعاقة البصرية إلى مجموعتين رئيسيتين هي :

1- مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الميلاد Pre- natal Causes

يقصد بها كل العوامل الوراثية والبيئية التي تؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي والحواس بشكل عام ولا يمكن الوقاية من الإعاقات البصرية التي ترجع إلى ظروف تحدث فيما قبل الميلاد إلى أن يتم فهم العلاقات السببية بين هذه العوامل وبين الإعاقة البصرية بشكل أفضل.

وتعتبر المعلومات العلمية قاصرة عن العوامل الوراثية والأمر يتطلب مزيدا من البحوث في هذا الميدان.

2- مجموعة أسباب ما بعد مرحلة الميلاد: Post-natal Causes

ويقصد بها مجموعة العوامل التي تؤثر على نمو حاسة العين ووظيفتها الرئيسية الإبصار، مثل العوامل البيئية كالتقدم في العمر، وسؤ التغذية، والحوادث والأمراض، التي تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الإعاقة البصرية وما يقرب من 16% من الإعاقات البصرية عند الأطفال والشباب ترجع إلى عوامل غير محددة وتحدث فيما بعد الميلاد ومن هذه الأسباب التي قد تؤدي إلى الإعاقة البصرية المياه البيضاء، والمياه السوداء، مرض السكري، أمراض الشبكية، أمراض العدسة، التهابات العين، الحول، الحوادث، وأسباب أخرى.

أسباب الإعاقة البصرية تبعاً لنوع الإعاقة

هناك أسباب عديدة للإعاقة البصرية وفيما يلي عرض موجز لأهم تلك الأسباب.

الجلوكوما (Glaucoma):

الجلو كوما أو ما يعرف أيضا باسم المياه السوداء هي زيادة حادة في ضغط العين مما يحد من كمية الدم التي تصل إلى الشبكية ويؤدي إلى تلف الخلايا العصبية وبالتالي العمى إذا لم تكتشف الحالة وتعالج مبكرا. وتعالج الجلوكوما الطفولية(In Fantile Glaucoma) جراحيا في العادة. أما لدى الكبار فهي غالبا ما تعالج بالعقاقير. وتتدهور الحالة البصرية في هذه الحالة بالتدريج ولا تتأثر حدة البصر في البداية حيث أن البصر المحيطي هو الذي يتأثر وذلك لآن التلف يحدث في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجيا إلى مركز الشبكية مؤديا إلى العمى. ومع تطور الحالة يتألم المريض ويصبح الهدف من العلاج

خفض الضغط وإيقاف أية تدهورات مزمنة. إن سبب هذه الحالة غير معروف جيدا والمرض قد يحدث فجأة وقد يتطور تدريجيا. وبعد سن الخامسة والثلاثين تزيد نسبة الإصابة بهذه الحالة لذا ينصح الأفراد بفحص العين بشكل دوري (العنبري وزملاؤه). هذا وتصنف المياه السوداء إلى نوعين رئيسيين هما:

أ. المياه السوداء الولادية: (**Congenital Glaucoma**):

وتكون موجودة منذ لحظة الولادة بقليل. وتحتاج الحالة هذه إلى جراحة مباشرة لمنع التلف. وفي الحالات الشديدة تكون القرنية مدفوعة للأمام. وفي البداية يتجنب الطفل الضوء وتسيل دموعه بكثرة وهذه الأعراض تنتج عن زيادة الضغط الداخلي في العين وتلف العرنية إذ يحدث توسع فيها.

ب. المياه السوداء لدى الراشدين (**Adult Glaucoma**):

يعاني الأفراد المصابون بهذه الحالة من صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح ويمكن معالجة هذا النوع من المياه السوداء في كثير من الأحيان بقطرة العيون التي تعمل على خفض الضغط. وقد يكون كلا النوعين (الجلوكوما الولادية وجلوكوما الراشدين) أوليا (أي ليس ناتجا عن مرض ما في العيون) أو قد يكون ثانويا ناتجة عن مرض ما في العين.

الماء الأبيض (Cataract):

هو إعتام في عدسة العين وفقدان للشفافية يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤية إذا لم تعالج الحالة. وهذا المرض يحدث عادة لدى الكبار ولكنه قد يحدث مبكرا أيضا بسبب عوامل مثل الوراثة والحصبة الألمانية وإصابات العين. وتسمى الحالة لدى الأطفال بالماء الأبيض الولادي (Congenital Contract) حيث تكون القدرة على رؤية الأشياء البعيدة ورؤية الألوان محدودة. ويشكو الفرد من حساسية كبيرة للضوء أو من عدم القدرة على الرؤية الجيدة في ظروف الإضاءة القوية أو في الليل. ويزداد هذا المرض سوءا تدريجيا ويحدث صعوبة في الرؤية. وتعتمد الأعراض على المساحة في العدسة التي حدث فيها تعتيم. وعندما تزال العدسة يصبح البصر ضعيفا جدا ولا يحدث تركيز للضوء فقد تصبح حدة الإبصار 20/200 إلى 20/400 في العين التي اجري لها عملية جراحية. ولهذا فبعد إزالة العدسة المعتمة توضع عدسة طبية خاصة. ونسبة نجاح هذه العملية تقدر بحوالي 90 - 95 ٪.

انفصال الشبكية (Retinal Detachment):

ينتج انفصال الشبكية عن جدار مقلة العين عن ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي ينتهي بانفصال الشبكية عن الأفراد التي تتصل بها.

ويسعى العلاج إلى إغلاق الثقوب وإعادة توصيل الشبكية بالجدار ويمكن معالجة أكثر من 90% من هذه الحالات بنجاح. ومن أهم أعراض إنفصال الشبكية ضعف مجال الرؤية والآلام الشديدة والضوء الومضي الخاطف. هذا وتعود حالة انفصال الشبكية لعدة أسباب منها إصابات الرأس وقصر النظر التنكسي والسكري.

عمى الألوان (Color Blindness):

حالة وراثية لا يستطيع الفرد فيها تمييز الألوان بسبب خلل في المخاريط. وتتأثر حدة البصر عادة فتضعف إلى درجة كبيرة وقد يحدث حساسية للضوء ورأرأة. أما مجال الرؤية فهو في العادة يكون عاديا.

اعتلال الشبكية الناتج عن السكري: (Diabetic Retinopathy)

هو مرض يؤثر على الأوعية الدموية في الشبكية وقد يؤدي النزيف في تلك الأوعية إلى العمى. إذا اكتشفت حالة السكري وعولجت فمن الممكن تأخير حدوث الإعتلال أو منعه. ولا يوجد علاج مناسب لإعتلال الشبكية وإن كان العلاج حاليا يركز على تخثير الدم عن طريق استخدام أشعة الليزر.

تنكس الحفيرة (Macular Degeneration):

اضطراب في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة (المنطقة المركزية ويواجه الشخص صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة والأشياء القريبة. وهذا المرض يصيب الكبار في السن ويصيب الإناث أكثر من الذكور. وكما هو معروف، فإن النقطة المركزية مسئولة عن البصر المركزي ولهذا فالاضطراب يؤدي إلى فقدان البصر المركزي ولا يكفي البصر المحيطي المتبقي لتأدية الأعمال القريبة من العين كالكتابة والقراءة والأعمال اليدوية

ورم الخلايا الشبكية(Retinoblastoma):

ورم خبيث في الشبكية إذا لم يعالج ينتشر إلى العصب البصري فالدماغ في بعض

الأحيان يكون علاج هذا الورم إزالة العين كاملا، أما إذا كان الورم محدودا فالعلاج يكون بالأشعة.

ضمور العصب البصري (Optic Nerve Atroph):

يحدث الضمور في العصب المركزي لأسباب عديدة كالأمراض التنكسية والحوادث والالتهابات والأورام ونقص الأكسجين وقد يحدث الضمور في أي عمر ولكنه أكثر شيوعا لدى الشباب. وفي بعض الأحيان قد يكون هذا المرض وراثيا. وتعتمد قدرات الفرد البصرية على شدة التلف فقد لا يبقى لديه بصر جزئي.

التليف الخلف عدسي (Retrolental Fiboroplasia):

مرض ظهر في عقد الأربعينات ينتج عن إعطاء الأطفال الخدج كميات كبيرة من الأكسجين مما ينتج عنه تلف في الأنسجة خلف العدسة. وقد تتأثر الأوعية الدموية أيضا وتتلف الشبكية. وأحيانا تبقى بعض الخلايا في الشبكية سليمة ولهذا يصبح لدى الفرد ما يسمى برؤية النقاط (Spot Vision) وبشكل عام، قد ينتهي هذا العرض بالعمى التام.

رأرأة العين (Nystagmus):

حالة يحدث فيها حركات لا إرادية سريعة في العيون وهذا ينجم عنه غثيان ودوخة. وقد تكون حالة الرأرأة مؤشرا على وجود خلل في الدماغ أو مشكلة في الأذن الداخلية (Hallahan & Kauffman).

الحول (strabisms):

تتحكم عضلات العين الخارجية بحركة العيون بالاتجاهات المختلفة.ومن المهم أن تحرك العينان معا لدمج الخيالات البصرية لإعطاء انطباع دماغي واحد لها وهذا مايسمى بالبصر الثنائي (Binocular Vision)، فإذا كان هناك خلل في إحدى العضلات فلن تتحرك العينان معا بشكل منظم وإذا ترك هذا الوضع دون تدخل علاجي فقد يستخدم الطفل عينا واحدة وأما العين الأخرى فيصيبها كسل.وإذا استمر الوضع هكذا تضعف العين بشكل دائم. ويعتبر الحول إلى الداخل(Esotropia) أكثر أنواع الحول شيوعا بين الأطفال. وفي العادة يكون هذا الحول في عين واحدة.وفي بعض الحالات تكون كلتا العينين منحرفتين نحو الأنف وفي حالات قليلة يكون الحول إلى الخارج (Exotropia).

ويحتاج معظم الأطفال المصابين بالحول إلى جراحة حيث إن حالات قليلة فقط يمكن معالجتها بالنظارات.

توسع الحدقة الولادي (Aniridia) :

هو تشوه ينقل على هيئة جين سائد،تكون فيه الحدقة واسعة جدا نتيجة عدم تطور القزحية وكلتا العينين.ويحدث لدى الفرد حساسية مفرطة للضوء وحدة إبصار محدودة وربما أيضا رأرأة ومياه سوداء وضعف في مجال الإبصار (vose).

ويستخدم الأفراد المصابون أحيانا النظارات والمعينات البصرية لتقليل كمية الضوء التي تدخل إلى العين.

البهق: (albinism)

هو اضطراب تكون فيه الصبغة قليلة جداً أو معدومة ولهذا فإن الضوء الذي يأتي إلى الشبكية لايتم امتصاصه. وينتج البهق عن خلل في البناء وهو خلقي يكون فيه جلد الشخص أشقر وشعره أبيض وعيناه زرقاوتين.وتكون القزحية شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تحدث حساسية مفرط للضوء. وتستخدم النظارات الشمسية لتخفيف ذلك وقد تستخدم العدسات التصحيحية أحيانا بهدف الحد من كمية الضوء التي تدخل العين ولكن ذلك لا يجعل البصر عاديا.وقد يرافق حالة البهق مشكلات أخرى مثل عيوب الانكسار و الأستجماتزم والرأرأة وخاصة وعندما يتعب الشخص أو عندما يركز على الأشياء.وبوجه عام،تتراوح حدة البصر لهؤلاء الأشخاص بين20/70إلى20/200.

التهاب الشبكية الصباغي: (Retinitis Pigmentosa)

حالة وراثية تصيب الذكور أكثر من الإناث تتلف فيه العصي في االشبكية تدريجيا.ويحدث عمى ليلي (العشى) في البداية ويصبح مجال الرؤية محدودا أكثر فأكثر ويحدث ضعف في حدة البصر إلى أن يصبح نفقيا (scholl) وغالبا مايكون هذا المرض مرتبطا بأمراض تنكسية في الجهاز العصبي المركزي.ولا يوجد علاج فعال لهذه الحالة.

القصور في الأنسجة (coloboma):

مرض تنكسي وراثي يظهر فيه بروز أو شق في الحدقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين مثل عدم نمو بعض الأجزاء المركزية أو المحيطية في الشبكية.ويحدث في هذه الحالة ضعف في حدة البصر ورأرأة وحول وحساسية للضوء ومياه بيضاء.

القرنية المخروطية (keratoconus):

حالة وراثية تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي. وتظهر الحالة في العقد الثاني من العمر وتؤدي إلى تشوش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر في كلتا العينين. وهذا الاضطراب أكثر شيوعا لدى الذكور.

العين الكسولة (Ambolyopia):

حالة تتحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وهي غير مفهومة جيدا طبيا. يحدث الكسل في عين واحدة عادة ولكنه قد يشمل كلتا العينين. ويجب معالجة الكسل قبل بلوغ الطفل الثامنة أو التاسعة من العمر. ويتمثل العلاج بإثارة العين المصابة لحبور بصرية عادية وذلك يشمل إغلاق(تغطية) العين الطبيعية ليستخدم الطفل العين الضعيفة. إن أي عامل يعيق مرور الضوء بالشكل الطبيعي عبر العين قد يؤدي إلى هذه الحالة لأن ذلك قد يؤثر سلبا على النمو البصري الطبيعي مما يقود إلى كسل العين.

فقد البصر بين الأطفال حديثي الولادة:

لقد حقق العلماء انجازين في المحافظة على بصر الأطفال حديثي الولادة:

الانجاز الأول: في بداية القرن العشرين وجد أن الكثيرين من الأطفال يفقدون بصرهم بسبب التهابات العين الطفيلية إلى أن تبين أن هذا النوع من العمى ينشئ عن مواد عضوية معدية، توجد في عنق رحم الأم، ويمكن إنقاذ الطفل بتقطير نترات الفضة في عينيه بعد ولادته مباشرة.

الانجاز الثاني: في عام 1950 كانت 50% من حالات فقد البصر التي تصيب صغار التلاميذ قبل إلحاقهم بالمدارس ناشئة تقريبا عن وجود أنسجة ليفية خلف عدسات العين، وكان هذا المرض شائعا خلال العقد الخامس من القرن الحالي (1940-1950) بين الأطفال الذين يولدون قبل تسعة شهور من الحمل، وكان من المعتقد انه راجع إلى عامل غير معروف يؤثر في اكتمال نمو العين خلال مدة الحمل، وان هذا العامل قد يتسبب أيضا في الولادة المبكرة.

الانجاز الكبير: وكان ثمرة للبحوث الجماعية التي أيدها ((المعهد القومي للأمراض العصبية والعمى)) التابع للحكومة الأمريكية، إذ أكتشف العلماء أخيرا أن السبب في فقد البصر في تلك الحالات يرجع إلى الأكسجين المركز لدرجة كبيرة والذي كان يعطى

للأطفال في حالات الولادة المبكرة، كعلاج رتيب أثناء فترة بقائهم في الحاضنات. وقد اكتشف السبب المؤدي إلى هذا المرض عام 1952 مما أدى بعد ذلك إلى التحكم في كمية الأكسجين التي يزود بها هؤلاء الأطفال إلى 40% أو أقل وترتب على ذلك أن قل عدد الأطفال الذين يصابون بإعاقة بصرية نتيجة لهذا السبب بشكل ملحوظ.

وقد ازداد الاهتمام مؤخراً في دول العالم المختلفة بالتوجه نحو تعليم الأطفال المعوقين مع الأطفال العاديين في البيئة التربوية العادية إلى الحد الأقصى الممكن. وقد عرف هذا التوجه بمبدأ البيئة الأقل تقييداً.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية

تشير الإحصائيات إلى أن هناك ما يزيد على (35) مليون مكفوف وحوالي (120) مليون ضعيف بصر في العالم. وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة انتشار العمى تختلف من دولة إلى أخرى وأن حوالي 80% من المعوقين بصريا يوجدون في دول العالم الثالث. وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصرية مع تقدم العمر وتزداد في الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحية المناسبة.

التعرف المبكر للإعاقة البصرية

هناك عدة مظاهر تساعدنا على تتمثل في:

أولا: أعراض سلوكية تتمثل في قيام الطفل بكل من :

1- فرك العينين و دعكهما بصورة مستمرة.

2- إغلاق أو حجب إحدى العينين و فتح الأخرى بشكل متكرر.

3- تحريك رأسه و مدها إلى الأمام بطريقة ملفتة للانتباه كلما أراد النظر إلى الأشياء القريبة أو البعيدة.

4- مواجهة صعوبات في القراءة أو في القيام بأي عمل يحتاج إلى استخدام العينين عن قرب.

5- وضع المواد المطبوعة قريبا جدا من العينين لدى محاولة قراءتها.

6- فتح العينين و إغماضهما بسرعة و بشكل لا إرادي و بصورة مستمرة.

7- صعوبة رؤية الأشياء البعيدة بوضوح.

8- تقطيب الحاجبين ثم النظر إلى الأشياء بعينين شبه مغمضتين.

9- كثرة التعرض للسقوط و الاصطدام بالأشياء الموجودة في المجال الحركي و البصري للطفل.

10- البطء و الخوف الشديد عند ممارسة بعض النشاطات الحركية الضرورية اليومية كالمشي أو الجري أو نزول الدرج و صعوده.

ثانيا: أعراض مظهرية خاصة بالشكل الخارجي للعين و تتمثل في

1- وجود حول في العين.

2- احمرار الجفنين و انتفاخهما.

3- الالتهابات المتكررة للعين.

4- افراز الدموع بكميات غير عادية.

ثالثا: شكوى الطفل بصورة مستمرة مما يلي:

1- حرقان شديد و مستمر في العينين يؤدي إلى فركهما.

2- صداع و دوار يعقب مباشرة أداء أي عمل يحتاج إلى الرؤية عن قرب.

3- عدم المقدرة على رؤية الأشياء بوضوح و لو من مسافة قريبة بحيث تبدو الأشياء كما لو كانت ملبدة بالغيوم أو الضباب.

4- عدم المقدرة على التمييز البصري بين الأشياء.

5- رؤية صور الاشياء مزدوجة.

تدرِيب الطِفل المعاق بَصرياً على التنقل

- يجب عليه تذكر الأشياء الموجودة بالمنزل أو الطريق، فساعده على ذلك وأبدأ بالأشياء المألوفة في المنزل مثلا

- الطلب منه أن يمسك بذراع الشخص الآخر فوق المرفق مباشرة ثم يمشي وراءه بحيث يسبقه بنصف خطوة لكي يستطيع تتبع خطواته.

- إذا كنت تقود طفلا فربما أحتاج إلى الإمساك بيدك.

- إذا كنت تقود شخصا أكبر سنا فربما أحتاج للاستناد إلى ذراعك للدعم والإرشاد معا.

- يجب أولا أن تقود الشخص في أنحاء المنزل وأثناء ذلك قم بوصف الأشياء المحيطه بك مثل الأبواب وأطلب منه أن يلمسها عندئذ يتعلم رؤية الأشياء بلمسها وهذا يساعده على التنقل في المنزل.
- بعد ذلك قد الشخص للخارج وقم بوصف الأشياء الموجودة كالسور والأشجار.
- علمه أن يدير رأسه للإنصات إلى الأصوات وذلك بأن تبتعد بضع خطوات عن الشخص ثم تحدث إليه أو صفق بيديك وأطلب منه أن يشير إلى أتجاهك ثم تحرك إلى مكان آخر وكرر التجربة، ثم أبتعد أكثر وأطلب منه أن يخمن مقدار المسافة بينكما، وبهذا سيتعلم مصدر الأصوات ومقدار بعدها عنه.
- تشجيع الشخص على التحدث مع الناس الذين يقابلهم في الطريق ومساعده على معرفة الناس بأصواتهم.
- مساعدته على تعرف أصوات وروائح الأشياء مثل الحيوانات والقمامة التي يجب تفاديها أثناء المشي ولمعرفة طريقه.
- مساعدته على للسير على أرض غير مستوية حتى يستطيع المشي من دون أن يقع.
- مساعدته على الإحساس بالاختلافات في الرياح ودرجات الحرارة بحيث يستطيع معرفة حالة الجو ومعرفة الوقت نهارا مثلا عن طريق الفرق في درجات الحرارة.

تدريب الشخص على التنقل بمفرده

- عندما يتذكر الشخص الأشياء في المنزل والفناء علمه المشي في هذه المناطق دون أن يستند إليك وساعده على حماية نفسه.
- علمه المشي مع مد إحدى ذراعيه إلى أعلى بحيث تكون يده أمام وجهه وبعيدة عنه لتقي الوجه والرأس ويمكن له استخدام اليد الأخرى والقدمين لاكتشاف أماكن الأشياء.
- صف وأشرح ما حوله حتى يتذكر كل ما هو موجود إذا مشى بمفرده.
- قد يصطدم الشخص بالأبواب أو الجدران أو الأثاث عندما يبدأ المشي بدون مساعدة للمرة الأولى ويحميه من ذلك وضع إحدى يديه أمام وجهه.
- علم الشخص أن يضع إحدى يديه أمام وجهه عندما ينحني إلى أسفل فهذا يقي الوجه من الاصطدام بالأشياء

- ويمكنك تعليمه الإستعانه بظهر إحدى يديه ليتتبع حائطا أو مائدة.
- سوف يشعر الشخص في بادئ الأمر بالوحدة حين يسير بدون إرشاد منك، لذا كن قريب منه وتحدث إليه فهذا يشجعه.
- لاتترك الشخص في مكان لا يعرف عنه شيئا دون أن تخبره أين هو ومتى ستعود.
- ساعد الشخص على معرفة الاتجاه الذي ينبغي له أن يتخذه للوصول إلى مكان معين ولكي نفعل ذلك ابدأ من مكان معروف كأحد الأبواب مثلا.

تدريب الشخص على استخدام عصا طويلة كدليل

- أحضر عصا من الخيزران أو فروع الأشجار بشرط أن تكون خفيفة الوزن، ويجب أن يكون طول العصا مساويا المسافة من الأرض حتى منتصف المسافة بين كتف الشخص وخصره، وإذا كان الشخص يمشى بخطى سريعة أو طويلة فيمكن أن تكون العصا أطول قليلا.
- عندما يضع الشخص طرف العصا على الأرض يجب أن يلتقي هذا الطرف بالأرض عند نقطة تقع على بعد خطوة كاملة أمامه.
- يجب أن يكون مرفقه مثنيا قليلا واليد في مستوى مركز الجسم ويجب أن يمسك بالعصا من تحت طرفها العلوي مباشرة ويجعل طرفها السفلي يمس الأرض مسا خفيفا.
- يمكن له أن يقرر في أي يد يحب أن يمسك بالعصا.
- درب الشخص على استخدام حركات المعصم لتحريك العصا من جانب إلى جانب أثناء المشي ويجب أن تبقى الذراع واليد في مركز الجسم.
- يجب أن يلمس طرف العصا الأرض على كلا الجانبين أمام القدمين ويجب أن تكون المسافة بين مكاني لمس العصا للأرض أطول قليلا من عرض كفي الشخص.
- وبمجرد أن تلمس العصا الأرض على أحد الجانبين يجب على الشخص أن يتقدم بالرجل التي في الجانب الآخر إلى الأمام.
- ثم عندما تلمس العصا الأرض على الجانب الآخر يجب أن يحرك الشخص الرجل الأخرى إلى الأمام.
- درب الشخص على إبقاء العصا بالقرب من الأرض بحيث لا تفوتها الأشياء الصغيرة التي في طريقه.

- أشرح له أن العصا سوف تساعده على معرفة أماكن الأشياء التي تعترض طريقه أثناء مشيه وبهذه الطريقة يمكن تفاديها.
- عندما تلمس العصا الأشياء المختلفة فإنها تحدث أصواتا مختلفة فساعد الشخص للتعرف على الأشياء المختلفة بالأصوات التي تحدثها.
- عندما يستطيع تحريك العصا على النحو الصحيح دربه على المشي باستخدام العصا وفي البداية سر أمام الشخص وتحدث إليه أثناء السير.
- ثم سر خلفه ودعه يجد طريقه باستخدام العصا وتحدث إليه ولا توقفه إلا إذا تعرض لخطر الوقوع أو الإصابة.
- قد يرغب الشخص في معرفة كيف يصعد السلم ولمعرفة ارتفاع الدرجات يجب عليه أن يتحسس بالعصا والقدمين مع استخدام الحاجز إن وجد.
- عند السير إلى جانب سور مرتفع يمكن للشخص تتبع السور بظهر يده ويجب عليه الاستمرار في تحريك العصا باليد الأخرى احتراسا من وجود أشياء في الطريق.
- إذا كانت هناك أي علامات توضح أماكن عبور المشاة فدرب الشخص على عبور الطريق عند هذه الأماكن.

إرشادات عامة لمساعدة الطالب ضعيف البصر

1- تهيئة الظروف للاستفادة من القدرات المتبقية عن طريق.

أ- توفير الإضاءة المناسبة.

ب- أن يكون مصدر الإضاءة جانبياً للطفل.

ت- مراعاة عدم ظهور الظلال على الناحية التي ينظر إليها الطفل.

ث- جلوس الطفل في مكان قريب من السبورة.

ج- عدم الوقوف بين الطفل ومصدر الضوء.

2- تهيئة الظروف النفسية والاجتماعية المناسبة للطفل داخل الصف بمراعاة ما يلي :

أ- ساعد الطفل على تنمية اتجاهات سليمة نحو نفسه وعلى إدراك الصعوبات التي يعاني منها.

ب-راعي الفروق الفردية بين الأطفال.

ت-اسمح للطفل بالمشاركة في جميع النشاطات.

ث-عبر للطفل عن سعادتك لوجوده في الصف.

ج-أعط الطفل أدواراً قيادية كالأطفال الآخرين.

ح-عامل الطفل كما تعامل الآخرين.

خ-أعط الأطفال المبصرين معلومات عن طبيعة الضعف البصري.

د-شجع التفاعلات الإيجابية بين الطلبة.

3- تهيئة الظروف التعليمية المناسبة للطفل داخل الصف مع مراعاة ما يلي

1- توفير الأدوات التعليمية المناسبة، كالسجلات والأشرطة والمكبرات، والطباعة المكبرة، والأقلام الغليظة.

2- التحدث أثناء الشرح بصوت عادي مسموع.

3- التحدث عما يكتب على اللوح.

4- إعطاء الطفل نسخاً ة بخط واضح.

5- اسمح للطفل بأن يكون قريباً من منطقة التطبيق إذا كنت تقوم بتجربة. وإذا تحدث عن صورة أعطها للطفل.

6- أو دعه يقترب أكثر من غيره لرؤيتها.

7- أعط الطفل وقتاً أطول من غيره لعمل واجباته أو امتحاناته، فإذا كان الأمر صعباً استخدم الطرق الشفوية أو التسجيل.

8- إذا أعطيت الطفل واجبات منزلية، حدد مدى حاجته لمعينات بصرية أو غيرها لإتمام الواجب واعمل على توفيرها أو إعارتها له بالتنسيق مع الأهل.

4- تهيئة الخبرات المدرسية بطريقة مقبولة للطفل :

1- ناد الطفل باسمه كلما أردت التحدث معه أو توجيه سؤال له واطلب من التلاميذ الآخرين عمل ذلك.

2- عزز السلوك الاجتماعي المقبول داخل المدرسة ووجه الطفل نحو السلوكيات الصحيحة.

3- لا تحرم الطفل من النشاطات الرياضية التي يمكن أن يتعلمها ويستمتع بها، مع مراعاة تكييف ما هو غير مناسب حسب حاجته.

4- عرف الطفل بالتفصيل على كل مرافق المدرسة وتأكد من معرفته لها.

5- وضح للطفل أي تغيير يحدث في الصف أو خارجه لئلا يقع في مأزق.

6- نسق مع المرشد النفسي في المدرسة للتأكد من متابعة تقديم الخدمات النفسية بالشكل السليم.

7- أكد على استقلالية الطفل وعلمه متى يطلب المساعدة وكيف يطلبها إن اقتضى الأمر ذلك.

البرامج التربوية والنفسية المبكرة للأطفال المعاقين بصريا

يستطيع الطفل المعوق بصريا تلقي الخدمات التربوية المختلفة من خلال الحضانة والروضة العادية، وان تعذر ذلك فيجب أن تتوفر في المجتمع 3 أشكال من البرامج، وهي:

1) برنامج الزيارات المنزلية: يقدم المختص من خلال هذا البرنامج جميع التدريبات المتعلقة ببرامج الإثارة الحسية والحركية والمعرفية واللغوية والاجتماعية والانفعالية. كما يدرب المختص الأم على بعض المهام الأساسية لتنفيذها مع الطفل.

2) برنامج التربية الخاصة المبكرة: ينفذ هذا البرنامج من خلال مركز متخصص في التربية الخاصة للأطفال المعوقين بصريا ممن هم دون سن السابعة، وهنا يتلقى الطفل خدمات تخصصية بشكل يومي من قبل متخصصين في التربية الخاصة، وهذا البرنامج يشبه برامج رياض الأطفال المنتشرة في المجتمع.

3) برنامج التربية الخاصة القائم على مشاركة الوالدين: وهو برنامج للتربية الخاصة المبكرة للأطفال المعوقين بصريا، ويقوم على إلزام أحد الوالدين بالقدوم مع الطفل لملاحظة وتعلم الإجراءات التدريبية المتبعة مع الطفل لتنفيذها في المنزل.

وقد يتساءل الأهل عن إمكانية التحاق الطفل ببرامج التربية الخاصة، وروضة أو حضانة عادية في نفس الوقت، والجواب هو نعم، وبالإمكان تنفيذ ذلك وهذا هو الوضع الأمثل مع الطفل مع مراعاة التنسيق وعدم الازدواجية. ولهذا يلاحظ أن برامج التربية الخاصة تتمتع بمرونة كبيرة، لأن هدفها النهائي هو استقلالية الطفل في بيئته الطبيعية، ولكون الروضة أو الحضانة العادية تسعى لإتاحة فرص التعايش مع الآخرين بالشكل الطبيعي فيمكن إبداء النصائح التالية:

- يجب أن يتعرف الطفل وبمرافقته والدته إلى كل المرافق والطرق والساحات المحيطة بالحضانة والروضة.
- يجب أن تعرف المعلمات والمربيات طبيعة الإعاقة البصرية وعليهن أخذ الفرص الكافية للتعرف على الطفل وطبيعة شخصيته.
- يجب التركيز على حاجات الطفل المشابهة لحاجات الأطفال الآخرين، بالإضافة إلى الحاجات الفردية التي تتطلب إجراء تعديلات خاصة.
- يجب أن يشعر الطفل بالحنان والدفء والاحترام والترحيب.
- يجب تزويد الطفل بالمثيرات السمعية واللمسية ليكتسب المعرفة.
- لا حاجة لإظهار الشفقة أو الانزعاج أو الرثاء لحال الأهل.
- يجب مساعدة الطفل لتفادي الاصطدام بالأشياء وتدريبه على كيفية التقاط الأشياء التي تقع منه على الأرض دون أن يؤذي نفسه.
- إن الأطفال المبصرين قد يستفسرون عن حالة الطفل، ويجب ألا يولد هذا حرجا، وعلى المعلمة الإجابة عن كل الاستفسارات مع التأكيد على أن الطفل المعوق بصريا يستطيع التعرف على الأشياء بيديه وسمعه عوضا عن بصره.
- يجب مناداة الطفل باسمه، وتعويد الأطفال الآخرين على عمل ذلك إن أرادوا منه شيئا.

الفصل السادس

6

الإعاقة السمعية

مقدمـــة

تعد وظيفة السمع من الوظائف الرئيسية والمهمة للكائن الحي، ويشعر هذا الفرد بقيمة هذه الوظيفة حين تتعطل القدرة على السمع بسبب ما يتعلق بالأذن نفسها. وتتمثل آلية السمع في انتقال المثير السمعي من الأذن الخارجية على الوسطى ومن ثم إلى الأذن الداخلية فالعصب السمعي ومن ثم إلى الجهاز العصبي المركزي حيث تفسير المثيرات السمعية.

أهمية حاسة السمع

1- من خلال السمع يستطيع الفرد الهروب من عالمه المعزول ويتصل بالعالم المحيط به.

2- لا يستطيع التظاهر بالصمم بصورة طوعية، بحيث يوقف سمعه عن العمل أو يتجنب الاستماع إلى ما يدور حوله.

3- يعتمد معظم الأطفال منذ وقت قريب جدا من عمرهم على حاسة السمع في اكتساب خبرات كثير عن العالم المحيط بهم، ومن الطبيعي أن يكون السمع مصدرا هاما أساسيا لتحصيل الخبرة الاجتماعية السائدة

مكونات الأذن

1- **الأذن الخارجية**: وتمثل في الجزء الخارجي من الأذن وتتكون من صيوان الأذن وتنتهي بطبلة الأذن ، ومهمتها تجميع الأصوات الخارجية ونقلها إلى الأذن الداخلية بواسطة طبلة الأذن.

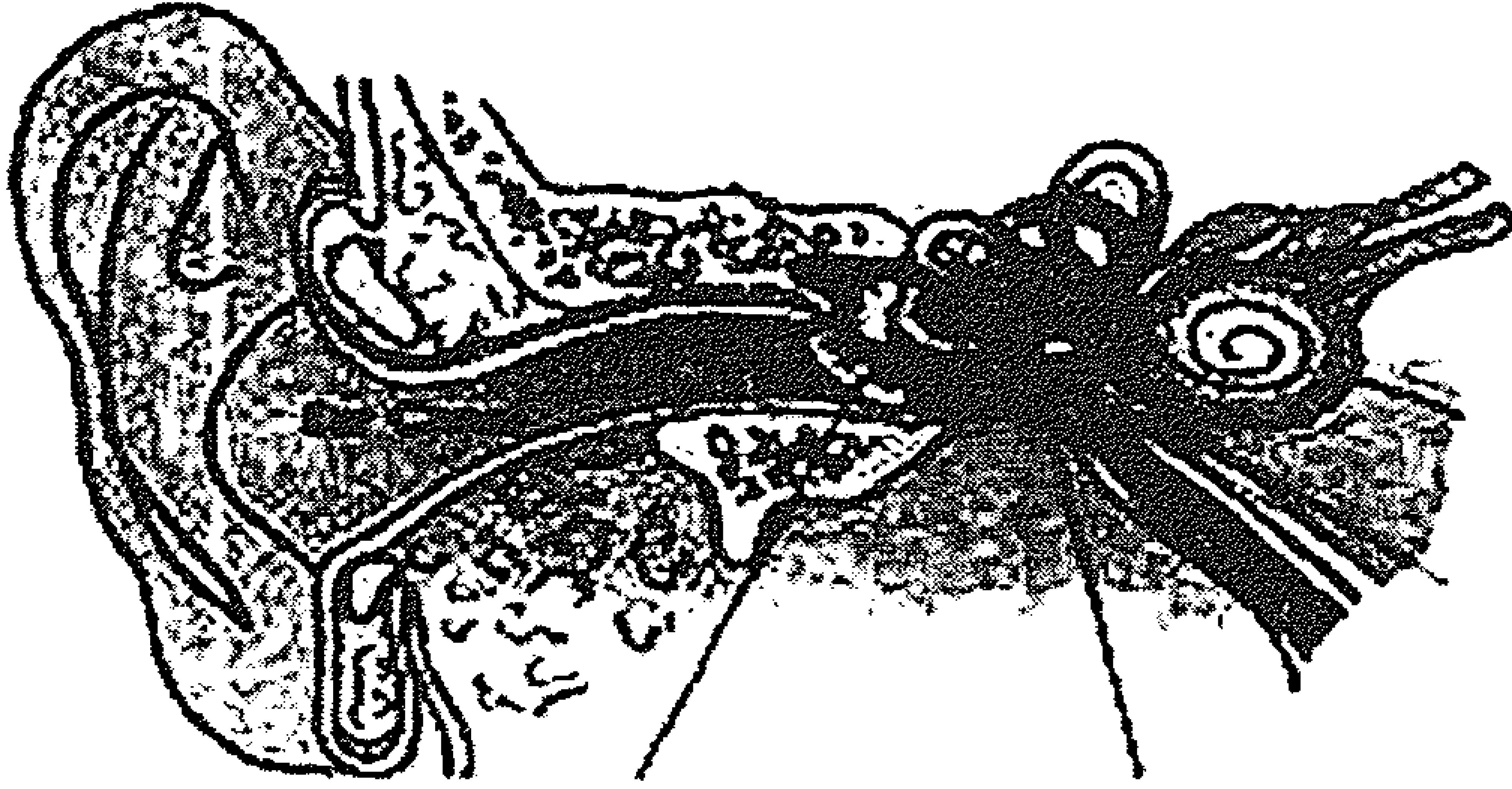
2- **الأذن الوسطى**: وتمثل الجزء الأوسط من الأذن وتتكون من ثلاثة أجزاء رئيسية هي المطرقة والركاب والسندان ومهمة الأذن الوسطى نقل المثيرات الصوتية من الأذن الخارجية إلى الأذن الداخلية.

3- **الأذن الداخلية**: وتمثل الأذن الداخلية الجزء الداخلي من الأذن

مكونات الأذن الداخلية:

أ- الدهليز: والذي يشكل الجزء العلوي من الأذن الداخلية ومهمته المحافظة على توازن الفرد.

ب- القوقعة: ومهمتها تحويل الذبذبات الصوتية القادمة من الأذن الوسطى إلى إشارات كهربائية تنقل للدماغ بواسطة العصب السمعي.



مخطط للأذن

تعريف الإعاقة السمعية

يقصد بالإعاقة السمعية تلك المشكلات التي تحول دون أن يقوم الجهاز السمعي عند الفرد بوظائفه أو تقلل من قدرة الفرد على سماع الأصوات المختلفة، وتتراوح الإعاقة السمعية في شدتها من الدرجات البسيطة والمتوسطة التي ينتج عنها ضعف سمعي، إلى الدرجات الشديدة جداً والتي ينتج عنها صمم.

الطفل الأصم: هو ذلك الطفل الذي فقد قدرته السمعية في السنوات الثلاث الأولى من عمره ونتيجة لذلك فهو لم يستطع اكتساب اللغة ويطلق على هذا الطفل مصطلح الأصم الأبكم (فقدان سمعي 70 ديسبل فأكثر) تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام سواء باستخدام السماعات أو بدونها.

الطفل ضعيف السمع: هو ذلك الطفل الذي فقد جزء من قدرته السمعية ولذلك فهو يسمع عند درجة معينه كما ينطق وفق مستوى معين يتناسب ودرجة إعاقته السمعية بمساعدة المعينات السمعية وهو الفرد الذي يعاني من فقدان سمعي إلى درجة (35 ـ 69 ديسبل) تجعله يواجه صعوبة في فهم الكلام بالاعتماد على حاسة السمع فقط سواء باستخدام السماعات أو بدونها.

مدى خطورة الإعاقة السمعية

قد لا يستطيع الشخص المصاب بإعاقة سمعية فهم الأسئلة والجمل وذلك نتيجة عدم سماعه لها بشكل واضح. وقد ينتج عن ذلك إهمال في تنفيذ أوامر وطلبات من يتعامل

معهم مما يؤدي إلى انخفاض مستوى أدائه الوظيفي. وقد تفقد الاجتماعات والحفلات وعروض المسرح والسينما والاجتماعات الدينية الفائدة التي كانت تمنحها له من قبل. وقد يشعر الأصدقاء والأقارب بالإحباط نتيجة عدم فهمه لكلامهم رغم تكرار هم المستمر. وفي النهاية قد يصاب المريض بالعديد من المشاكل النفسية. بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة، فإن المشاكل السمعية المتكررة حتى وإن كانت مؤقتة قد تعوق تطورهم الطبيعي في النطق واللغة. فالذين يعانون من المشاكل السمعية المتكررة قد يجدون عملية التعليم صعبة للغاية وبالتالي يضعف مستوى تحصيلهم الدراسي. وقد تؤدي الإعاقات السمعية إلى مشاكل طبية جسيمة. فعلى سبيل المثال، الورم في جذع الدماغ يؤدي ليس فقط إلى فقدان سمعي، بل قد يهدد أيضاً حياة المريض.

نسبة انتشار الإعاقة السمعية

تشير الدراسات في الدول الغربية أن حوالي 5% من طلاب المدارس لديهم ضعف سمعي إلا أن هذا الضعف لا يصل لمستوى الإعاقة. أما بالنسبة للضعف السمعي الذي يمكن اعتباره إعاقة سمعية فتقدر بحوالي 5%، وتقدر نسبة انتشاره بحوالي 75%، ولذلك يطلق على الإعاقة السمعية عادة بالإعاقة قليلة الحدوث.

تصنيف الإعاقة السمعية

تصنف الإعاقة السمعية تبعا لثلاثة معايير هي :

1- العمر عند الإصابة.

2- موقع الإصابة.

3- شدة الإصابة.

تصنف الإعاقة السمعية تبعا للعمر عند حدوث الضعف السمعي إلى إعاقة سمعية قبل اللغة وهي الإعاقة التي تحدث قبل تطور الكلام واللغة عند الطفل، وإعاقة سمعية بعد اللغة وهي الإعاقة التي تحدث بعد تطور الكلام واللغة. كذلك تصنف الإعاقة السمعية حسب هذا المعيار إلى إعاقة سمعية ولادية وإعاقة مكتسبة.

كما تصنف الإعاقة السمعية من حيث المرحلة التي حدث خلالها فقدان السمع إلى:

1- ضعف السمع في مرحلة ما قبل اكتساب اللغة

وهو الضعف الحاصل في أثناء الولادة، أو قبل اكتساب الطفل للغة المحكية، وفي هذه الحالة تتأثر قدرة الطفل على النطق و الكلام، لأن الطفل لم يسمع اللغة المحكية بالشكل المطلوب حتى يتعلمها.

2- ضعف السمع في مرحلة ما بعد اكتساب اللغة

وهو الضعف الحاصل بعد أن يكون الطفل قد اكتسب اللغة، وفي هذه الحالة لا يتأثر النطق أو الكلام عند الطفل من حيث من حيث موقع الإصابة في الجهاز السمعي

3- ضعف السمع التوصيلي

و ينتج عن خلل يصيب الأذن الخارجية، و الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة.

أي أن المشكلة ليس في تفسير الأصوات و في تحليلها و إنما في إيصالها إلى جهاز التحليل والتفسير و هو الأذن الداخلية و مناطق السمع العليا.

4- ضعف السمع الحسي العصبي

وينتج ذلك عن خلل يصيب الأذن الداخلية، أو المنطقة الواقعة ما بين الأذن الداخلية و منطقة عنق المخ / مع وجود أذن وسطى و خارجية سليمتين، وفي هذا النوع من ضعف السمع، نجد أن المشكلة ليست في توصيل الصوت، و إنما في عملية تحليله وتفسيره.

5- ضعف السمع المختلط

وهو عبارة عن ضعف سمع مشترك، يتضمن كلا من ضعف السمع التوصيلي و الحسي العصبي، و ذلك نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاثة: الخارجية و الوسطى والداخلية من حيث درجات ضعف السمع.

6- ضعف سمع خفيف

يعاني المصاب بهذا النوع من صعوبة في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة، وقد يعاني من بعض الضعف في اللغة.

7- ضعف سمع معتدل أو متوسط

يستطيع المصاب بهذا النوع سماع المحادثة العادية إذا تمت على مقربة منه، و إذا كانت المحادثة تتم وجها لوجه.

وقد يضيع عليه ما يقرب من خمسين بالمئة مما يدور حوله من مناقشات، إذا كانت المناقشات تتم بأصوات منخفضة، أو كان لا يستطيع متابعة المتحدثين بصريا. و تكون المفردات لدى المصاب بهذا النوع محدودة نسبيا، وقد يبدي بعض الشذوذ في لفظ بعض الكلمات أو الأصوات.

8- ضعف سمع بين المتوسط و الشديد

المصاب بهذا النوع محادثة ينبغي أن تكون بصوت مرتفع، حتى يتمكن المصاب من سماعها، ويعاني المصاب من صعوبات متزايدة، في متابعة النقاش الجماعي، كما أنه في العادة يعاني من عيوب في النطق، ومن ضعف استعماله اللغة، والقدرة على الفهم، و تكون مفرداته اللغوية محدودة إلى حد واضح.

9- ضعف سمع شديد

يستطيع المصاب بهذا النوع أن يسمع الأصوات العالية فقط، إذا حدثت بالقرب منه، وقد يكون قادرا على تمييز الأصوات البيئية: صوت محرك سيارة مرتفع / صوت إغلاق الباب بقوة و قد يكون قادرا على تمييز أحرف العلة، ولكن ليس جميع الأحرف الساكنة.

10- ضعف سمع عميق أو شديد جدا

المصاب بهذا النوع يستطيع سماع الأصوات العالية، ولكنه يدرك و جودها كذبذبات، واهتزازات أكثر من إدراكها كنغمات نمطية لها معنى و المصاب بهذا النوع يعتمد الأساس على حاسة البصر، في التقاط المعلومات عن العالم من حوله بدلاً من اعتماده على حاسة السمع. ويعد هذا المصاب أصم كلياً.

11- فقدان تام للسمع

المصاب بهذا النوع غير قادر على سماع أعلى صوت، يصدره جهاز فحص السمع في طيف اللغة المحكية و بالتالي فإن هذا الشخص يعد أصم كليا.

وظائف اللغة للأصم

للغة مجموعة من الوظائف تخدم من خلالها الفرد كما تخدم الجماعة , نذكر منها:

1- التواصل بين الناس وتبادل المعرفة والمشاعر وإرساء دعائم التفاهم والحياة المشتركة.

2- التعبير عن حاجات الفرد المختلفة

3- النمو الذهني المرتبط بالنمو اللغوي وتعلم اللغة الشفوية أو الإشارة يولد لدى الفرد الصور والمفاهيم الذهنية

4- ارتباط اللغة بأطر حضارية مرجعية ومفاهيم حضارية تضرب عمقا في التاريخ والمجتمع.

5- الوظيفة النفسية فاللغة تنفث عن الإنسان وتخفف من حدة المضغوطات الداخلية التي تكبله, ويبدو ذلك في مواقف الانفعال والتأثر. لذلك كله فان تطوير وسائل التعبير لدى الأصم وتذليل الصعوبات ليصل إلى التعبير عن ذاته وحاجاته وميوله، يساعده على الخروج من عالم العزلة والخوف والعزلة والإحباط إلى عالم منفتح على الناس، وعلى المحيط مما يؤدي إلى التوازن والتكيف، وتنمية قدراته للمساهمة في الحياة الاجتماعية وعلى البذل والعطاء في المجالات المعرفية والمهنية والثقافية. لذلك يجب مراعاة الاستعداد الطبيعي للأصم وتلقائيته وعدم فرض وسيلة للتواصل وإلغاء الوسائل الأخرى التي يجد فيها ارتياحا ومتنفسا لعزلته النفسية والاجتماعية.

كما صنفت الإعاقة السمعية تبعا لموقع الإصابة أو الضعف في الأذن إلى إعاقة سمعية توصيلية، وإعاقة سمعية حسية - عصبية، وإعاقة سمعية مركزية.أما تصنيف الإعاقة السمعية حسب شدة الصوت فهو كالتالي:

مستوى الإعاقة السمعية	مستوى الخسارة السمعية بالديسبل
الإعاقة السمعية البسيطة جدا	25 -40
الإعاقة السمعية البسيطة	41-55
الإعاقة السمعية المتوسطة	56-70
الإعاقة السمعية الشديدة	71-90
الإعاقة السمعية الشديدة حاد جدا	أكثر من 90

أهمية لغة الإشارة وخصائصها

يشهد الاهتمام في السنوات الأخيرة بلغة الإشارة للصم، بعد أن أصبحت لغة معترفا بها في كثير من دول العالم في المدارس والمعاهد، ونظر إليها على أنها اللغة الطبيعية الأم للأصم، لاتصالها بأبعاد نفسية قوية لديه، بل لقد أصبح لدى المبدعين من الصم القدرة على إبداع قصائد شعرية ومقطوعات أدبية، وترجمة الشعر الشفوي إلى هذه اللغة التي تعتمد – أساسا– على الإيقاع الحركي للجسد ولا سيما اليدين، فاليد وسيله رائعة للتعبير بالأصابع وتكويناتها، يمكن أن نضحك ونبكي، أن نفرح ونغضب، ونبدي رغبة ما، ونطلق انفعالا، ونفرج عن أنفسنا، وقد أطلق احدهم شعار ((عينان للسماع)) وهناك تصور خاطئ بأن لغة الإشارة ليست لغة قد تكون مجموعة من الحركات أو الرموز أو الإيماءات لكنها ليست لغة لها بنيتها وقواعدها. وربما كان التصور الخاطئ الأكثر انتشارا هو أن لغات الإشارة جميعها متشابهه أو دولية وهذا ليس صحيحا، فالاتحاد العالمي للصم اصدر بيانا يؤكد فيه: (انه لا توجد لغة إشارة دولية) ولغات الإشارة متمايزة كل منها عن الأخرى مثلها مثل لغات الكلام المختلفة. والتصور الخاطئ الآخر هو انه من الواجب ابتكار لغة إشارة دولية. إن الصم مثلهم مثل أي مجتمع يرون أن التخلي عن لغتهم الأصلية أمر لا يمكن قبوله.

تدرك لغة الإشارة وتنتج من خلال قنوات بصرية وحركية لا من خلال وسيلة سمعية وشفهية كاللغة العادية، لذلك كان لكل لغة خصائص عن الأخرى.

وتؤدي لغة الإشارة بيد واحدة أو بيدين تؤديان تعبيرا في أماكن مختلفة من الجسم أو أمام المتحدث بالإشارة، وتشمل هذه التعبيرات الحركة، والتحديد المكاني، وشكل اليد وتحديد الاتجاه ومجموعه واسعة يطلق عليها الإشارات غير اليدوية وهذه المظاهر الخمسة للغة الإشارة تحدث في وقت واحد وليس في تتابع متسلسل مثل خروج الأصوات في اللغة المحكية. فلغة الإشارة ليست مجرد حركة يدين بل يساهم في إنتاجها اتجاه نظرة العين وحركة الجسم والكتفين والفم والوجه. وكثيرا ما تكون هذه الإشارات غير اليدوية هي السمة الأكثر حسما في تحديد المعنى وتركيب الجملة ووظيفة الكلمة وتشير أمثلة التركيب النحوي هذه إلى الأبعاد الزمنية للغة أي وقت حدوث الأفعال. وهناك نطاق مكاني أيضا للغة الإشارة، إذ تستخدم الحركة في اتجاهات مختلفة في نطاق الأبعاد للتعبير عن دلالات نحوية معينة.

التدخل المبكر والإعاقة السمعية

هناك مؤشرات للإصابة بالإعاقة السمعية منها:

1- إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.

2- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو احمرار في الصيوان.

3- التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.

4- الميل للحديث بصوت مرتفع.

5- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.

6- الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.

7- عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.

8- الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو لحذف بعض الحروف.

9- الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.

10- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.

11- الشكوى من آلام في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.

12- ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الاختبارات الشفوية.

13- عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية.

أسباب الإعاقة السمعية

إن أسباب الإعاقة السمعية لا تزال غير معرفة في عدد كبير من الحالات. ففي دراسة شملت ما يزيد على (41) ألف طفل معوق سمعيا في الولايات المتحدة الأمريكية تبين أن الأسباب لم تكن معروفة في أكثر من 50% من الحالات. وترجع الإعاقات السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثي والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات أصل جيني، يمكن بوجه عام تصنيف العوامل التي تؤدي إلى إعاقات في السمع الى ثلاثة أنواع رئيسية طبقا للزمن الذي تحدث فيه الإصابة:

أ- عوامل تحدث قبل الولادة.

ب- عوامل تقع أثناء الولادة.

ج- عوامل تؤثر فيما بعد الولادة.

وعلى أي حال، هناك خمسة أسباب رئيسية للإعاقة السمعية وهي:

1- العوامل الوراثية .

2- الحصبة الألمانية.

3- عدم توافق العامل الرايزسي.

4- إلتهاب السحايا.

5- الخداج.

6- مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي قبل مرحلة الولادة وأثناءها وبعدها مثل:

7- سوء تغذية الأم الحامل، والتعرض للأشعة السينية، وتعاطي الأدوية والعقاقير دون مشورة الطبيب، وإصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية، والزهري، ونقص الأكسجين أثناء عملية الولادة، والتهابات الأذن، والحوادث التي تصيب الأذن... الخ.

من الأشياء المهمة جدا الاكتشاف المبكر للإعاقة السمعية، وهناك علامات تساعد الأهل على معرفة ما إذا كان طفلهم يعاني من مشكلة في السمع أم لا، ومن أبرزها:

1- يجد صعوبة في فهم ما يقال له.

2- لا يستجيب لاسمه عندما ينادى عليه عدة مرات.

3- يستخدم (ها) أو (ماذا) باستمرار.

4- يرفع صوت التلفاز او المسجل بشكل عال جدا.

5- لا يستجيب لصوت رنين الهاتف.

6- يعاني من تأخر لغوي شديد وهذه نقطة مهمة جدا، ولذلك من الضروري للأم معرفة النمو اللغوي أو التطور اللغوي للطفل الطبيعي.

النمو اللغوي للأطفال

1- بإمكان الطفل حديث الولادة أن يحدد أن هناك صوتاً.

2- عندما يصبح عمر الطفل خمسة أشهر بإمكانه أن يحدد مصدر الصوت.

3- عندما يصبح عمر الطفل ستة أشهر بإمكانه أن يحدد الأصوات المألوفة لديه.

4- عند عمر تسعة أشهر بإمكان الطفل فهم كلمات بسيطة (مثل ماما باي بابا).

5- عند عمر عشرة أشهر بإمكان الطفل قول مقاطع مثل دا ما.

6- عند عمر 18 شهرا بإمكان الطفل فهم عبارات بسيطة بدون استخدام الإشارة مثل: (الأم: أين عينك؟ الطفل: يشير إليها) وتكون حصيلته اللغوية التعبيرية من 20الى 50 جملة فبإمكان الطفل قول (ماما فوق).

7- عند عمر (24) شهرا تكون حصيلته اللغوية من (200) إلى (300) كلمة.

ما بين 3 5 سنوات يجب أن تكون لغته ومخارج الحروف مفهومة وصحيحة.

فإذا لاحظت الأم أن ابنها يعاني من تأخر لغوي شديد يجب عليها الإسراع بعمل تخطيط سمعي له ومن ثم وضع المعين السمعي المناسب له باستمرار وإعطاؤه تدريبات لغوية لرفع مستوى العمر اللغوي لديه.

كذلك يجب على الأهل فهم انه ليس هناك طريقة واحدة مع كل الأطفال فكل طفل له احتياجاته الخاصة حسب:

1- العمر الذي تم عنده اكتشاف الإعاقة السمعية.

2- وضع المعين السمعي.

3- العمر اللغوي الارسالي والاستقبالي.

قياس وتشخيص بالمعاقين سمعياً

إن قياس وتشخيص القدرة السمعية يتم وفقد عدد من الطرق والأساليب حيث تقسم تلك الطرق والأساليب إلى مجموعتين، تمثل المجموعة الأولى الطرق التقليدية كمناداة الطفل باسمة، وطريقة سماع دقات الساعة، أما المجموعة الثانية فتمثل الطرق العلمية الحديثة ومنها طريقة القياس السمعي الدقيق وفيها يحدد أخصائي السمع درجة القدرة السمعية بوحدات تسمى هيرتز والتي تمثل عدد الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل، أما الطريقة الثانية من الطرق العلمية في قياس وتشخيص القدرة السمعية فتعرف باسم طريقة استقبال الكلام وفهمه وأما الطريقة الثالثة فتسمى باختبارات التمييز السمعي ومن أشهرها اختبار ويب مان للتمييز السمعي واختبار لندامود .

ومن بعض الأمثلة على المجموعة الثانية:

1- طريقة فحص تخطيط النغمة الصافية. حيث يقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد وتحديد عتبة تلك القدرة باستخدام جهاز الأوديوميتر حيث يقوم بوضع سماعات خاصة لكل أذن على حدة للمفحوص وبعدها يسمعه نغمات خاصة ذات ذبذبات تتراوح ما بين (125-8000) هيرتز شده تتراوح ما نسبته (صفر - 110) ديسبل ومن خلال ذلك يتم تحدي مدى التقاط المفحوص للنغمات ذات الذبذبات وشدة المتدرجة مقياس سمع يظهر إعاقة سمعية بعد التعرض لصوت مرتفع.

2- طريقة استقبال الكلام وفهمه . حيث يقيس الفاحص القدرة السمعية للفرد وتحديد قدرة وعتبة مدى سماعه للكلام باستخدام جهاز الاوديوميتر الخاص بالكلام وبعض على المفحوص في هذه الطريقة أصواتا بذبذبات وشدة متدرجة باستخدام السماعات ومضخات الصوت ويطلب منه أن يعبر عن مدى سماعه الأصوات المعروضة عليه أو إعادتها وبهذه الطريقة يستطيع الأخصائي تحديد عقبة المفحوص لاستقبال الكلام.

الاختبارات التربوية للتمييز السمعي

1- مقياس: جولدمان فرستمودكوك للتمييز السمعي: يهدف هذا المقياس لقياس قدرة الفرد على التمييز السمعي بين مجوعات من المفردات المتشابه من حيث اللفظ، ويتكون المقياس من مجموعة من المفردات مرتبة في سلاسل حيث تضمر كل سلسلة أربع مفردات متشابهة من حيث اللفظ مثال (, NIGHT , Bite , Write Light) بالإضافة إلى ذلك يضم المقياس كتيب خاص مؤلف من مجموعة من الصور.

كيف نمنع حدوث هذا الصمم

1- العناية التامة بالأطفال إذا أصيبوا بالتهابات الأذن الوسطى والاهتمام بنظافة.

2- تطعيم الأطفال في شهورهم الأولى حسب التعليمات الموجودة بشهادات التطعيم.

3- استشارة الطبيب في حالة الإصابة بأي مرض أو صمم.

4- علاج الأطفال الذين يعانون من التهابات الأنف والجيوب الأنفية أو اللوزتين.

5- في حالة الإصابة بالأمراض المذكورة يجب أن نعتني بالطفل واستشارة الطبيب مبكرا قبل حدوث مضاعفات.

6- عدم تناول الأدوية سواء للسيدة الحامل او للأطفال بدون استشارة الطبيب المختص.

7- في حالة الولادة العسرة يجب نقل الأم إلى المستشفى والعناية بها وإسعافها وإسعاف الطفل في الوقت المناسب.

8- مراعاة السيدة الحامل لصحتها أثناء فترة الحمل وزيارة الطبيب في مواعيد منتظمة.

9- تطعيم البنات في سن العاشرة من العمر ضد الحصبة الألمانية .

10- يمكن تجنب الصمم الوراثي إذا امتنعت الأسر من الزواج بالأقارب) وعدم التزاوج بين الصم أنفسهم.

الإعاقة السمعية العصبية

هي التي تحدث أي خطأ أو تلف أو شذوذ في جهاز الإدراك او الجسم الذي يشمل عضو السمع في الأذن الداخلية في القوقعة الحلزونية وعصب السمع ومركز السمع بالمخ.

أسبابها:

ينشأ الصمم العصبي عن أي مرض يصيب الأذن الداخلية أو عصب السمع أو العصب السمعي أو مركز السمع في المخ وهناك أسباب عديدة أهمها:

1- الصمم العصبي الخلقي: وهذا الصمم يحدث منذ الولادة نتيجة لعامل وراثي

2- الصمم العصبي نتيجة الحمى الشوكية

3- الصمم العصبي التسممي

4- الصمم العصبي نتيجة مرض الزهري

5- تدهور العصب بسبب كبر السن

6- مرض تصلب الركاب الأوتوسكليروسس

7- اختلاف العامل الرايزيسي بين دم الأم ودم الأب

8- الصمم العصبي أثر إصابة يحدث نتيجة ارتجاج المخ أو كسر بقاع الجمجمة أدى إلى تلف القوقعة الحلزونية أو العصب السمعي.

9- الصمم أثر التهاب القوقعة الحلزونية.

الإعاقة السمعية المختلطة

تحدث هذه الإعاقة في الأذن الداخلية والوسطى وهو عبارة عن ضعف سمع مشترك يحوي ضعف السمع التوصيلي وضعف السمع العصبي نتيجة لوجود خلل في أجزاء الأذن الثلاث.

الإعاقة السمعية المركزية

تحدث نتيجة لأي خلل بين عنق المخ والقشرة الدماغية، والسبب في ذلك قد يرجع الى سرطان في الدماغ أو التهابات في غشاء المخ أو تصلب اللويحي يكون للمرض نفسه الأعراض وكل الشرايين المرتبطة في الدماغ تتصلب بالتدريج وبالتالي فإن الدم يتصلب في الدماغ وأغلب الأحيان من يصاب بهذين المرضين يموتون أو يصابون بإغماء، وإذا طالت المدة ما بين الإغماء والاستيقاظ كان الخطر أكثر وزاد التصلب للشرايين، والسرطان يعمل ضغط على الدماغ وكلما زاد الضغط يكون أكثر خطرا على الدماغ.

الإعاقة السمعية غير العضوية

تكون هذا الأعضاء سليمة وتحدث نتيجة لمشاكل بيتيه عاطفية، مدرسية، وتكون في الأعمار التالية 9-11 سنة، 13-20 سنة.

الوقاية من الإعاقة السمعية

الإعاقة السمعية تمثل تحديا لنمو اللغة الطبيعي عند الأطفال ولذلك فان التشخيص المبكر والتدخل المبكر يؤدى إلى أفضل النتائج، ولكن ما هو أفضل من التدخل المبكر هو إتباع القاعدة الذهبية "الوقاية خير من العلاج".

والوقاية هي جملة من الإجراءات المنظمة تهدف إلى الحيلولة دون حدوث الضعف أو تطور الضعف إلى عجز أو تطور العجز إلى إعاقة دائمة، ولما كانت الوقاية تعتمد على معرفة الأسباب فإن الوقاية من الصمم تتطلب إجراء بحوث مستمرة لتحديد أسبابه، علاوة على ذلك فالمعرفة العلمية الجديدة لا تترجم فورا إلى إجراءات وقائية فثمة عوائق متنوعة قد تحول دون تنفيذ هذه الإجراءات وهذه بعض الأمثلة التي يمكن أن تساعد في تجنب حدوث الإعاقة:

1- **الإعاقة السمعية الناتجة من ضعف السمع الوراثي العائلي:** يمكن الحد من هذه الإعاقة عن طريق الفحص قبل الزواج مع النصح بعدم زواج الأقارب عملا بنصيحة الدين في ذلك حتى لا يتم تركيز الصفات الوراثية المسببة لضعف السمع.

2- **الاتشاح خلف طبلة الأذن:** وهو مرض شائع جدا في الأطفال, وان كان معظم الحالات تتحسن بالعلاج الدوائي أو الجراحي فإن بعض الحالات المزمنة تؤدى إلى إعاقة سمعية وتأخر في نمو اللغة, ويمكن الوقاية من هذه الحالات بالتعليمات البسيطة للأم في طريقة إرضاع الطفل حيث أن رأس المولود يجب أن يكون مرتفعا عند الرضاعة حتى لا تؤدى إلى التهاب وانسداد بقناة أستاكيوس التي تقوم بإدخال الهواء إلى الأذن الوسطى لمعادلة الضغط على جانبي غشاء الطبلة وتفريغ الإفرازات المخاطية الطبيعية منها. كما أن الارتشاح خلف الطبلة يعتبر من الأمراض المناعية والتي تزداد مع الضعف العام والتعرض للأتربة والدخان والمواد المسببة للحساسية مثل الأطعمة التي تحتوى على مواد حافظة, ولذلك يمكن الوقاية من الأرتشاح خلف طبلة الأذن أيضا بعدم تعرض الطفل للدخان وبالنصح للأب بعدم التدخين بالمنزل أو حمل الطفل ورائحة الدخان تنبعث من فمه, كما يفضل الإقلال من المشروبات المثلجة أو الماء المثلج في فترة العلاج أو للحالات المتكررة, كما يفضل الارتقاع بالحالة المناعية للطفل باستنشاق الهواء النقي والإكثار من الخضروات والفواكه الطازجة والتي تحتوى على فيتامينات خاصة فيتامين (أ) مثل الجزر وفيتامين (ج) مثل الفلفل الأخضر وهما أيضا لهما دور هام في حيوية وسلامة الأغشية المخاطية المبطنة للفم والأنف والأذن الوسطى.

3- **الالتهاب الأذن الوسطى الصديدي المزمن:** ينتج الالتهاب المزمن للأذن الوسطى من الالتهاب الحاد الذي لا يتم علاجه بطريقة جيدة وهنا دور كبير للأم حيث أن الالتهاب الحاد يمكن أن يتم شفاؤه بدون أي مضاعفات. إن شعور الأم بأن الطفل قد شفى من المرض بعد أيام قليلة من العلاج حيث تختفي الحرارة والألم ويتحسن السمع ويمارس الطفل حياته الطبيعية فإن هذه الشواهد غير كافيه لوقف العلاج ويجب استمرار العلاج للمدة التي حددها له الطبيب المختص حتى لو أدى ذلك إلى شراء جرعة أخرى من دواء غالى الثمن, إن التحسن الظاهري قد ينتهي بعد فترة قصيرة وينتكس الطفل بالمرض مرة أخرى ويحتاج الطفل إلى تكرار العلاج كاملا. مع تكرار مثل هذا الالتهاب يتطور المرض الحاد القابل للشفاء تماما إلى مرض مزمن يحتاج إلى تدخل جراحي أو معينة سمعية مع نسبة عجز في السمع تضر الأطفال في سنوات عمرهم الأولى.

4- **التعرض للضوضاء:** الإعاقة السمعية الناتجة من التعرض للضوضاء هي من الإعاقات التي يمكن تجنبها. فإذا كانت الضوضاء ناتجة من أصوات ماكينات

المصانع فإن إتباع إرشادات الأمان الصناعي لتقليل الضوضاء الصادرة من الماكينات وتقليل انتقال الضوضاء من الماكينات إلى العمال وتحديد مدة التعرض للضوضاء والتي تتناسب عكسيا مع مستوى الضوضاء كل ذلك يقلل من احتمالات الإعاقة السمعية, كما أن استخدام واقيات الأذن الشخصية أو حتى قطعة صغيرة من القطن في الأذن قد تكون كافية لخفض مستوى الصوت الذي يصل للأذن من المستوى الضار إلى المستوى الآمن المسموح به.

أما عن التلوث السمعي والضوضاء الناتجة عن السيارات والأفراح والاستخدام الخاطئ للمسجلات الصوتية فإن الوقاية من الإعاقة السمعية الناتجة عنها يحتاج إلى أسلوب حضاري في التربية للأطفال منذ الصغر وتوعية الذين يؤذون الآخرين بدون وعى أو فهم للأضرار الناتجة من الضوضاء. وهنا يجب الإشارة إلى أن الآثار السلبية للضوضاء تتعدى الإضرار بالسمع والأذن بكثير, فهي أيضا تؤدى إلى ارتفاع ضغط الدم وعدم القدرة على النوم واضطراب بالتنفس ومنها ما يؤدى إلى مشاكل اجتماعية خطيرة بالأسرة.

5- **الأدوية الضارة بعصب السمع:** بعض الأدوية مثل المضادات الحيوية من مجموعة الأمينوجليكوسيدات تؤدى إلى ضعف سمع شديد خاصة بالترددات العالية وحيث أن هذه الأدوية شائعة الاستخدام خاصة في الأطفال في حالات النزلات الشعبية والالتهاب الرئوي فإنه باستخدام البدائل المتاحة والتي يمكنها أن تعطى نفس النتائج نكون قد تجنبنا إعاقة سمعية شديدة تحتاج إلى تأهيل ومعينات سمعية. ومن الأدوية الأخرى الضارة بعصب السمع مجموعة السالسيلات والتي تستخدم بدون استشارة الطبيب في حالات الصداع ونزلات البرد وإن كانت أعراض هذه المجموعة مثل الطنين وعدم الاتزان وضعف السمع هي أعراض مؤقتة يمكن الشفاء منها بعد توقف الدواء إلا أنه ينصح بعدم 6l- الأمراض العامة مثل ارتفاع ضغط الدم والبول السكري: هذه الأمراض تؤثر تأثيرا مباشرا على وظيفة الأعصاب والدورة الدموية واستغلال الأكسجين في الأنسجة المختلفة وبالتالي تؤدى إلى ضعف السمع وصعوبة في تفسير الكلمات. إن الانتظام في علاج مثل هذه الأمراض يقلل من التعرض للمضاعفات المختلفة ومنها الإعاقة السمعية الاسراف فيه.

6- **الإصابات الفيروسية والبكتيرية:** من أسباب الإعاقة السمعية الشديدة الإصابات الفيروسية مثل الإصابة بمجموعة فيروسات الأنفلونزا والغدة النكفية وكذلك الإصابات البكتيرية مثل الحمى الشوكية وحمى التيفود, ومثل هذه الالتهابات تنتج

من العدوى عن طريق الرذاذ والتواجد في الأماكن المزدحمة أو الأطعمة المكشوفة (بالنسبة لحمى التيفود) ويمكن تجنب الإعاقة من هذه الأسباب بتجنب الأماكن المزدحمة والعادات السيئة

وهناك طرق أخرى للوقاية من الإعاقة السمعية منها:

1- الوقاية من الصمم الوراثي بعدم تشجيع زواج الأقارب في العوامل المعروف فيها توالد الصم وتوعيتهم لمنع الحمل وإنجاب الأطفال.

2- الصمم الولادي، تشريعات الزواج الحديثة تمنع الزواج من المرضى الذين يؤدي زواجهم إلى إنجاب الأطفال المشوهين خلقياً، ومعالجة الأمهات والآباء بعد الحمل.

3- العناية بصحة الأم الحامل ووقايتها من الأمراض والعوارض وامتناعها عن تناول العقاقير الضارة بالجنين والمخدرات، والمسكرات وتوفير التغذية الضرورية الوافية لها واتخاذ الإجراءات الحديثة لمعالجة تنافر فصائل الدم في الوالدين.

4- العناية في الولادة العسرة وإتباع الطرق الصحيحة لتجنب كل ما يعرض الوليد للشدة والاختناق عند المحاولة لإنقاذ الأم.

5- الوقاية من أمراض الطفولة بالتحصين ضد الأمراض باللقاح اللازم.

6- معالجة أمراض الأذن والأمراض التي لها أثر سيئ على الأذن والسمع بوقت مبكر.

7- منع الشدة على الأذنين ووقاية السمع من التعرض لصوت الانفجاريات والضجيج المتواصل أثناء العمل اليومي.

8- عدم الإفراط في التدخين والكحوليات والامتناع عن تناولها.

9- التشخيص المبكر لأمراض الأذن واكتشاف الحالات التي تؤدي إلى فقدان السمع وحالات الصمم بالمسح لسمع الطلاب والأطفال بصورة عامة.

10- توعية الآباء وتوجيه المعلمين لاكتشاف حالات ضعف السمع أو الصمم بين الأطفال توفير العلاج اللازم في الأدوار المبكرة في الإصابة بأمراض الأذن.

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المعوقين سمعيا

إن أصحاب الإعاقات السمعية لا يمثلون فئة متجانسة حيث أن لكل فرد خصائصه الفردية. وترجع مصادر الاختلاف6 إلى نوع الاعاقه وعمر الفرد عند حدوثها وشدة الإعاقة وسرعة حدوثه أو ومقدار العجز السمعي وكيف يمكن الاستفادة منه ووضع

الوالدين السمعي وسبب الاعاقه والفئة الاجتماعية والاقتصادية التي تتصف بها الأسرة وغير ذلك ولهذه الاعاقه تأثير ملحوظ على الخصائص النمائية المختلفة لدى الفرد لان مراحل النمو مترابطة ومتداخلة.

أولا: الخصائص اللغوية: تأثير الإعاقة السمعية على لغة الأطفال.

مراحل النمو اللغوي عند الأطفال بصفة عامة

أ-مرحلة ما قبل اللغة: وتتضمن أربع مراحل:

1- مرحله الصراخ أو البكاءcrying stage. وفي هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته وانفعالاته بالصراخ وتمتد هذه المرحلة من الميلاد وحتى الشهر التاسع، وهي نتاج لنشاط الجهاز التنفسي والحبال الصوتية والعضلات.

2- مرحله المناغاة: Babbling stage. وفي هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها، وتمتد هذه المرحلة من الشهرين الرابع والخامس تقريبا وحتى الشهرين الثامن أو التاسع.

3- مرحله التقليد: Imitation stage. في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات التي سمعها تقليدا خاطئا، فقد يغير أو يبدل أو يحذف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها، وقد يرجع ذلك لعوامل كثيرة أهمها مدي نضج جهاز النطق، وضعف الإدراك السمعي، وقله التدريب، ولكن مع استمرار عوامل النضج والتعلم والتدريب تصبح قدرة الطفل علي التقليد أكثر دقة وتمتد هذه المرحلة منذ نهاية السنة الأولي من العمر حتى عمر الرابعة أو الخامسة تقريبا.

4- مرحلة المعاني Semantic stage. وفي هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها ،وتمتد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة تقريبا، وفي هذه المرحلة تزداد ذخيرته اللفظية وتتطور لغته الاستقبالية ويدمج الكلمات في جمل قصيرة ثم يبدأ بالتحدث بجمل من (3-4) كلمات، ويستطيع طرح الأسئلة، ويميز الألوان، ويستطيع أن يروي قصة قصيرة عن خبرته.

ب-مرحلة اللغة الحقيقية: وتقسم إلى المراحل الفرعية الثلاث التالية :

1- مرحلة فهم اللغة قبل استخدامها :

من المتفق عليه بين علماء لغة الطفل أن الطفل يفهم لغة الآخرين ويتوصل لفهم الكلمات

التي ينطقونها أمامه قبل أن يتمكن هو نفسه من استخدام اللغة بفترة طويلة، فاللغة الاستقبالية أي ما يفهمه الطفل

تسبق بكثير اللغة الإنتاجية أي التي ينتجها الطفل (قدرته علي أن يقول ويستخدم الكلمات بنفسه).

2- مرحلة الكلمة الأولى:

يتفق علماء لغة الطفل علي تعريف الكلمة الأولى للطفل علي أنها " أول صوت يستخدمه الطفل استخداما له معني " وتنتهي مرحلة المناغاة حينما ينطق الأطفال أولى كلماتهم، وعامة فأن الكلمة الأولى تبدأ بعد (10-12) شهراً تقريباً من العمر مع مراعاة الفروق الفردية، ويشير العلماء إلى أن أكثر أجزاء الكلام انتشارا لدي الأطفال في هذه المرحلة هي الأسماء، وهذه الأسماء تؤدي وظيفة الجملة الكاملة.

ولهذا فان الكلمة الواحدة قد تعني عدة معاني مختلفة باختلاف المواقف، كذلك نجد أن الحديث المبكر للطفل وكلماته الأولى تتسم بالانفعال أي تعبير عن حاجات الطفل ورغباته ومشاعره، كذلك غالبا ما تكون الكلمات الأولي للطفل زائدة التعميم فيقول كرة علي كل الأشياء المستديرة.

ج-مرحلة تطور المهارات اللغوية:

وبعد أن يكتسب الطفل الكلمات الأولى التي يستخدمها بثبات واستمرار في المواقف المختلفة، يحدث نوع من التطور في مختلف المهارات اللغوية، فحينما يصل الطفل إلى سن ثمانية عشره شهرا من العمر يصبح كلامه أكثر انتظاما واتساقا واقرب إلى كلام الكبار، بحيث يصبح كلاما واضحا ومفهوما بالنسبة للمقربين منه والغرباء عنه علي حد سواء.

النمو اللغوي للمعاقين سمعيا

تؤثر الإعاقة السمعية سلبيا على جميع جوانب النمو اللغوي لدى الأطفال فالشخص المعوق سمعيا سيصبح أبكما إذا لم تتوافر له فرص التدريب الفاعلة و يرجع ذلك بسبب عدم توفر التغذية الراجعة السمعية و عدم الحصول على تعزيز لغوي كاف من الآخرين.

في الشهور المبكرة الأولى يكون هناك تشابه في نمط السلوك بحيث يخفي هذا التشابه علي الوالدين ظهور أي درجة متوسطة أو كبيرة من صمم أطفالهم وتشير معظم الأبحاث والدراسات أن الأطفال الصم من أباء صم يمرون بنفس مراحل النمو اللغوي التي يمر بها الأطفال السامعون من بكاء و صراخ و مناغاة وغيرها.

والطفل المعاق سمعيا حينما يصرخ يشعر بحركاته العضلية ولكنه لا يستطيع أن يسمع الصوت الذي يحدثه، وهو لذلك يفتقد المتعة التي تتأتى لمعظم الأطفال من مقدرتهم علي سماع صوتهم، ولان الطفل المعاق سمعيا يفقد نوعا قيما من المثيرات التي تشجع لغة الكلام الطفولية, وكذلك يفتقد مثل هذا الشعور بالأمان والتعرف علي شخصيه أمه , إلا أنه يتعلم أن يألفها من خلال إحساساته اللمسية والبصرية والسمعية.

والطفل المعاق سمعيا في الشهر الرابع يناغي بحرية ولكن دون أن يحصل علي متعة كبيرة مثل التي يحصل عليها الطفل العادي من الأصوات التي يسمعها، ومن الشهر الرابع يظهر في أصوات بعض الأطفال المعاقين سمعيا أنماطا عامه تكون إيقاعية وممتعه في النغمة والملاحظ غالبا أن يستخدمها الطفل لغرض ما أو يستخدمها في اللعب وهذه الأنماط تكون طبيعية ولكنها ليست نتيجة لتقليد أصوات الناس الآخرين وبوصول الطفل المعاق سمعيا إلى سن 6 شهور تتحول مناغاته إلى صراخ ذي أنماط تكرارية وربما يحوي أو لا يحوي بعضا من الحروف الساكنة مثل (ماما) أو (بابا) فمناغاته ليست كمناغاة الطفل العادي فهي لا تتحول إلى لغة الأطفال الكلامية.

إن الطفل المعاق سمعيا الذي يبلغ 6 شهور غالبا ما يبتسم استجابة لابتسامه الآخرين، وحينما يصل الطفل الأصم إلى سن الثالثة وعندما يبدأ في استخدام الوسيلة المعينة علي السمع مبكرا، وقد أعطى لأبويه التمرين الخاص في الاستماع وتحليل الكلام فانه ينمو في عقل الطفل لا شعوريا تقبل رغبته في الكلام، يجعل مدي تفكيره يصل قريبا جدا من مستوي الطفل العادي.

وحتى يتمكن الطفل المعاق سمعيا أن ينطق اللغة بشكل صحيح عليه أن يتعلم ما يلي :

1- فهم وإدراك الكلمات التي ينطقها المحيطون به، ويمكن التوصل إلى ذلك باستعمال السماعات أو طريقه قراءة الشفاه، وشرح المقصود من الحديث بتمثيل حالاته عمليا إن أمكن

2- ماذا يقول ؟ يجب تزويد الطفل بمجموعة من الكلمات التي عليه أن يستعملها، ويجب أن يسرع في استعمال هذه الكلمات في جمل بسيطة.

3- كيف يقول: الكلمات والجمل حتى يمكن فهمها من قبل الآخرين، وهذا يتضمن، إصدار الأصوات أو اللفظ، استعمال الإيقاع والتأكيد علي الجمل و النماذج الملحنة الصحيحة وقول الأصوات بشكل مقبول وبطريقة يفهمها السامعون.

ثانيا: الخصائص المعرفية

إن ذكاء الأشخاص المعوقين سمعيا كفئة لا يتأثر بهذه الإعاقة , كما لا تتأثر قابليتهم للتعلم و التفكير التجريدي ما لم يكن لديهم مشاكل في الدماغ مرافقه لهذه الإعاقة.

خصائص التلميذ المعوق سمعيا :

1- بطء النمو اللغوي نتيجة قلة المثيرات الحسية، وعدم مناسبة الأساليب التدريسية والأنشطة التعليمية لظروف الإعاقة السمعية

2- العجز عن تحمل المسؤولية، وعدم الاتزان الانفعالي، والسلوك العدواني تجاه الآخرين والسرقة.

3- سرعة النسيان، وعدم القدرة على ربط الموضوعات الدراسية مع بعضها البعض.

4- - يتأخر تحصيلهم الأكاديمي بصفة خاصة في القراءة والعلوم والحساب.

5- الوحدة (يشكلون جماعات خاصة بهم).

6- تشير الدراسات بأنه لا توجد فروق كبيرة بينهم وبين التلاميذ العاديين في نفس المرحلة السنية في الذكاء.

الخصائص الجسمية والحركية

تأثير الإعاقة السمعية على حركة الأطفال. يعاني أفراد هذه الإعاقة من مشكلات في الاتصال و تحول دون اكتشافهم للبيئة و التفاعل معها لذلك يجب تزويد أفراد هذه الإعاقة بالتدريب اللازم للتواصل فان الإعاقة السمعية قد تفرض قيودا على النمو الحركي لديهم.

اثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكاديمي للأطفال. إن التحصيل الأكاديمي لأفراد هذه الفئة غالبا ما يكون متدن بالرغم من عدم انخفاض نسبة ذكائهم.

التحصيل الأكاديمي

تحصيلهم القرائي هو الأكثر تأثرا بهذه الإعاقة لذلك يأتي تحصيلهم الأكاديمي ضعيفا و يتناسب ضعف التحصيل الأكاديمي لدى أطفال هذه الفئة طرديا مع ازدياد المتطلبات اللغوية و مستوى تعقيدها و يزداد الطين بلة بازدياد عدم فاعلية أساليب التدريس.

الخصائص الاجتماعية و النفسية

اثر الإعاقة السمعية على الخصائص الاجتماعية و الانفعالية لدى الأطفال. إن أساليب التنشئة الأسرية الخاطئة و المتمثلة تقديم الحماية الزائدة للمعوق سمعيا تلعب دورا في مستوى نموه الاجتماعي بحيث يصبح اعتماديا على الآخرين.

التكيف المهني

اثر الاعاقه السمعية على التكيف المهني لدى الأطفال إن للغة وظائف كثيرة فهي تعبر عن ذات الفرد و قدرته على التواصل و فهم الآخرين و تعتبر من أهم وسائل النمو المعرفي و العقلي و الانفعالي و النمو المهني يعتمد على تطور اللغة و نموها لدى الفرد لذلك فالمعاقون سمعيا يعانون من ضعف في قدراتهم اللغوية.

طرق التواصل مع الأطفال ذوي الإعاقات السمعية

من أصعب المهام على العاملين مع الطلاب المعوقين سمعياً. تنمية قدرات هؤلاء الطلاب على التواصل مع غيرهم، لذلك تم ابتكار الكثير من الاستراتيجيات من قبل المختصين والعاملين في هذا المجال للتواصل بكفاءة مع الأشخاص الصم.

ومن أهم الطرق المستخدمة :

الطريقة الشفهية المنطوقة (أو طريقة الاتصال اللفظي):

إن أول من طبق هذه الطريقة صموئيل هانيك في ألمانيا (1723-179م). كما كانت هناك محاولات في هذا المنحى لمعلمي الصم الذين سبقوه وهم: بونيه (1579-1620م) وهودلر وآمان (1669-1724م).

هذه الطريقة إحدى الوسائل الأساسية المتبعة في أسلوب التعليم الشفهي التي كانت سائدة في القرن الماضي، واستمرت حتى النصف الثاني من هذا القرن، حيث بدأت الشكوك تتسرب إلى أذهان الباحثين اللغويين والسمعيين.

وقد أكدت الدراسات صحة هذه الشكوك وأشارت إلى أن ما نسبته (30-40%) فقط من مجمل الحديث، يمكن للشخص الأصم الذكي المتدرب جيداً على أسلوب قراءة الشفاه أن يستوعب، وتعتمد قراءة الشفاه على فلسفة العين بدل الأذن.

وتعتمد هذه الطريقة على التفاهم عن طريق الكلمة المنطوقة من الصم، وتشمل القدرة على لفظ وفهم الكلام المنطوق، وذلك لأنه يعتمد على السمع، أما الطفل ذو الصمم الشديد، فيجب تدريبه على أصوات الكلام ميكانيكياً بطريقة آلية، وتعويض القصور السمعي بالنظر واللمس، ولكي يستطيع التحكم في صفة وإيقاع ونبرة الصوت، وعلوه وانخفاضه، فلا بد من أن يسمع صوته وأصوات الآخرين، وعليه أن يستفيد من القدر الضئيل المتبقي من السمع، ذلك بالاستعانة بأحدث الأجهزة السمعية المناسبة.

العوامل التي تساعد المعاق سمعياً على قراءة الشفاه

أجريت دراسات عديدة حول هذا الموضوع، من بينها دراسة فريزينا وكويكسلي (1971م) :

1- **سرعة الكلام:** إن هذه الدراسة بينت أن القراءة في حالة الكلام البطيء أفضل من حالة الكلام العادي، على أن يكون الكلام غير بطيء جداً. فقد ظهر من خلال شريط مرئي تم تسجيل عشرين جملة عليه بسرعات مختلفة، وفق ما يلي: (80%، 67% ،58%) من السرعة العادية، إن السرعة المثلى للكلام من أجل قراءته على الشفاه كانت السرعة المتوسطة (67%).

2- **الوسط الذي يعيش فيه الطفل الأصم:** تبين أن الأطفال الصم الذين يواظبون على الدوام في القسم الخارجي في مؤسساتهم - أي الذين يذهبون إلى بيوتهم بعد انتهاء الدوام النهاري - كانوا أفضل حالاً في قراءة الشفاه من أولئك الموجودين في القسم الداخلي.

3- **القدرات الفردية:** تبين أن الأطفال الذين لديهم القدرة على الانتباه لمدة أطول، يمكنهم قراءة الشفاه أفضل من الأطفال الذين ليست لديهم مثل هذه القدرة.

ويستفاد من قوانين التعلم عند تدريب الطفل الأصم على قراءة الشفاه، وذلك عبر موجهات عامة، منها :

1- يجب التركيز على الكلمات السهلة في البداية، وأن تكون هذه الكلمات مرتبطة بالواقع وبدائرة تجارب الطفل وخبراته.

ويلاحظ -أحياناً- إن قراءة الكلمات ذات المقاطع الطويلة أسهل شفاهياً على الأصم من قراءة الكلمات ذات المقطع الواحد، فمثلاً، كلمة (بطاطا، أو مستشفى) أسهل للمعوق سمعياً قراءتها من قراءة كلمة (قط).

2- يفترض أن يكون قارئ الشفاه مدركاً للغة الشفهية.

3- مساعدة الطفل الأصم بالتدريب على ملاحظة الوجه والشفاه بدقة، ثم الربط بين ما يراه من تعبيرات وحركات وبين المواقف، ثم تعويده على الفهم المجرد، دون أن يرى مواقف مماثلة أمامه أثناء التحدث.

4- الاستفادة من قدرة الطفل على التقليد في تدريبه على قراءة الشفاه، وتعليمه الأنشطة أو الخبرات المختلفة.

5- ربط المهارات اليدوية والتدريب الحسي بالكلمات، واستغلال كل الأوقات المناسبة للتدريب على قراءة الشفاه.

6- ربط الكلمات بواقع الطفل، حتى يكون لها دلالة بالنسبة له، مما يزيد من تعلمه وفهمه بصورة سريعة.

7- الاستمرار في التدريب الموزع على مدة زمنية معقولة، مما يساعد عل تثبيت المعلومات.

8- أن تتم عملية قراءة الشفاه من خلال الأنشطة والعمل، وأثناء اكتساب الخبرات والتجارب.

وفيما يلي الشروط التي يجب أن يأخذها المعلم في الحسبان عند استخدامه طريقة قراءة الشفاه مع تلاميذه :

1- درجة وضوح حركات الكلمات وسلامة الفم والأسنان والشفاه من العيوب المختلفة.

2- التحدث بصوت مسموع – وليس بصوت مرتفع – ولتكن سرعة الكلام متوسطة، إذ أنه تزداد صعوبة قراءة الشفاه وفهم الكلام المقال، كلما زادت سرعة المعلم أثناء التحدث.

3- أن يتأكد المعلم من سلامة بصر التلاميذ، وأن يضع الذين يشكون من ضعف بصرهم في المقاعد الأولى في غرفة الصف.

4- التأكد من انتباه المعوق سمعياً، إذ لا يتم التكلم إلا وهو ينظر إلى من يحدثه، والتأكد من عمل السماعة.

5- ألا تزيد المسافة بين المتلقي والمرسل – في حالة قراءة الشفاه – عن خمسة أقدام، ولا تقل عن قدمين، لأنه في حالة الاقتراب منه يتعذر عليه تركيز انتباهه على عضلات الوجه.

6- عدم المبالغة بأداء نطق الحروف أو الكلمات، لأن أية حركة غريبة توهم الطفل بمعان أخرى للكلام. كما ينبغي نطق الكلام للطفل مرات عديدة، حتى يتم التأكد من أن الطفل قد فهمها، وإذا تعذر ذلك يمكن استعمال الكلام المكتوب على السبورة لمساعدة الطفل على الفهم.

7- يجب تعويد الطفل على عدة أشياء، كالبدء في تعليمه قراءة الشفاه، مثل :

أ- تدريبه على النظر إلى وجه المتحدث قبل كل شيء.

ب- تدريبه على الاستعانة بتعبير وجه محدثه.

ج- أن يطلب منه إعادة الكلمة في حال عدم فهمها.

المشكلات والصعوبات المرتبطة باستخدام طريقة التواصل الشفهي

1- تشابه بعض الحركات الكلامية في المخارج، مثل حروف (الباء، والميم)، (التاء، والدال) ،أو تشابه بعض الكلمات مثل (بدى، مدى) (تاب، داب)، ومثل: (غالي، خالي) ،(ظهر، زهر) ،(زر ،زور)، (تين، طين) ،(جبل، جمل).

2- اختلاف نطق بعض الحروف بين الأشخاص، سواء في البيئة الواحدة أو في البيئات المختلفة.

3- إن بعض الأطفال لا يمتلكون المهارات اللازمة لتعلم الطريقة الشفهية، والبعض الآخر لا يستطيع التمييز سمعياً وبصرياً بما فيه الكفاية.

4- لم تساعد طريقة قراءة الشفاه التلاميذ الصم على سرعة استقبال الكلام وتتبعه، وذلك لصعوبة تمييز بعض الحروف على الشفتين لتشابه مخارجها كما أن بعضها الآخر ينطق من داخل الفم ولا يظهر على الشفتين.

5- لم تساعد هذه الطريقة على تعلم الكلام وتنمية اللغة بشكل جيد، لأن قارئ الشفاه لا يستطيع في أحسن الأحوال استيعاب أكثر من 40% من الكلام المنطوق.

الطريقة التحليلية

وتشمل تعليم المعوق سمعياً، وتعريفه بالشكل الذي يأخذه كل صوت على الشفتين، وتدريبه على تحديد كل صوت، وبهذه الطريقة يتم تعليمه أصوات الحروف منفردة. وبعد أن يتقن نطق كل صوت على حدة، تشكل منها كلمات ويتدرب على نطق تلك الكلمات، ثم يكوّن منها جملاً. ومن عيوب هذه الطريقة أن الطفل الأصم قد يعمد إلى نطق كل حرف في الكلمة كما هو لو كان منفرداً، فيكون نطقه متكلفاً ويتعذر على الفهم.

الطريقة التركيبية

وبها يتم تدريب الفرد على التعرف على أكبر عدد ممكن من الكلمات المنطوقة، ومن ثم تعريفه بالكلمات التي لم يفهمها بالاعتماد على كفاءته اللغوية، وتعتمد - أيضاً- على تدريب الطفل الأصم على نطق الكلمة ككل منذ البداية، يلي ذلك تدريبه على بناء الجملة، حتى إذا ما بلغ مرحلة الاستعداد لتصحيح النطق، دُرب على الكلمات غير المنطوقة بشكل سليم.

كما تستخدم طرق أخرى للتدريب على قراءة الشفاه، منها :

أ- **الطريقة الأولى :** ويكون فيها التركيز على أجزاء الكلمة، ويطلق عليها الصوتيات، بهذه الطريقة يتعلم الطفل نطق الحروف الساكنة والحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق مجموعة من الحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف المتحركة، ثم يتعلم نطق هذه الحروف مع بعض الحروف الساكنة.وهكذا.

ب- **الطريقة الثانية :** لا تهتم بالتركيز على الكلمة أو على الجملة، وإنما تهتم بالوحدة الكلية أو المعنى. فقد تكون هذه الوحدة قصة قصيرة، حتى وإن كان الطفل لا يفهم منها سوى جزء صغير جداً.

ج- **الطريقة الثالثة :** تعتمد على إبراز الأصوات المرئية أولاً، ثم بعد ذلك الأصوات المدغمة.

الطرق اليدوية (التواصل اليدوي)

التواصل اليدوي نظام يعتمد استخدام رموز يدوية لايصال المعلومات للآخرين، والتعبير عن المفاهيم والأفكار والكلمات، ويشمل هذا النظام - في التواصل - استخدام لغة الإشارة والتهجئة بالأصابع.

لغة الإشارة

نظام لغة الإشارة متقن، يراعي ويحافظ على قواعد النحو التي ابتدعها أول مدير لمدرسة سانت مايكلز جستل في هولندا (1817م)، هذه المدرسة تتبع الآن منهج التعليم الشفهي البحت.

وتعد لغة الإشارة أسلوباً بصرياً - يدوياً لاستقبال المعلومات والتعبير عنها. والإشارات هي خليط من الأوضاع والأشكال والحركات في اليد، تمثل كلمات أو أفكاراً محددة..

ويستطيع الأطفال الصم (صغار السن) التقاط الإشارات بسهولة، كما أنهم يستخدمونها استخداماً جيداً في التعبير عن أنفسهم. و لغة الإشارة محورها حركة اليد وأصابعها لتصوير الألفاظ، وحاسة البصر تعد أساس لغة الإشارة من حيث التقاط هذه الإشارات وترجمة معانيها.

آلية التواصل بلغة الإشارة

لغة الإشارة ليست مجرد حركة لليدين، بل يسهم في إنتاجها :اتجاه نظرة العين، وحركة الجسم، والكتفين، والفم، والوجه.. وهذه الإشارات غير اليدوية هي السمة الأكثر حسماً في تحديد المعنى وتركيب الجملة ووظيفة الكلمة، وتشير للأبعاد الزمنية للغة الإشارة، أي وقت حدوث الأفعال.

كما أن هناك نطاقاً مكانياً للغة الإشارة، إذ تستخدم الحركة في اتجاهات مختلفة في نطاق الأبعاد، للتعبير عن دلالات نحوية معينة. وهذه الإشارات غالباً ما تكون تقليداً لما هو موجود في الطبيعية، أو لما يميز الأشياء والأسماء من ميزات بارزة، فإشارة سبابة اليد اليمنى باتجاه الرأس على الجبين ومد اليد اليسرى لتلامس الكوع الأيمن للدلالة على الهدوء , والإشارة التي تدل على اسم العروس ستكون باتجاه الرأس للدلالة على الإكليل.

الإشارات تعتمد إذاً على إعطاء صور موجزة مبسطة عن الأشياء، مثل الاستدلال على الرجل بالإشارة إلى الشاربين، والاستدلال على فعل الشرب بوضع اليد بشكل كأس وجرها نحو الفم.

الحاجة إلى ترجمة لغة الإشارة من قبل معلمين مختصين:

1- من الضروري أن يتعلم المعلمون لغة الإشارة ليتمكنوا من الاتصال مع الأطفال الصم بلغتهم من أجل تفسير الأمور التعليمية لهم.

2- حاجة الأطفال الصم لمترجمي الإشارة عند تواصلهم مع الآخرين.

3- حاجة الأطفال الصم المدمجون في المحيط المدرسي العادي والذين يندمجون في المحيط المهني في مستقبلهم إلى مترجمي للغة الإشارة.

أنواع الإشارات التي يستعملها الطفل الأصم:

1- إشارات وصفية يدوية تلقائية: وهي التي تصف شيئا أو فكرة معينة وتساعد على توضيح صفات الشيء مثل فتح الذراعين للتعبير عن الكثرة أو تضيق المسافة بين الإبهام والسبابة للدلالة على الصفر أو الشيء القليل.

2- أشارة غير وصفية: ولا يستعملها إلا الصم فقط , وهي عبارة عن إشارات لها دلالة خاصة كلغة متداولة بين الصم , كأن يشير بإصبعه إلى أعلى للدلالة على شيء حسن أو مفضل أو العكس يعني أن الشيء رديء.

تمر لغة الإشارة تمر بعدة مراحل :

1. لغة الإشارة البيتية.
2. لغة الإشارة المدرسية.
3. لغة الإشارة الجامعية.

التواصل عبر أبجدية الأصابع

تشمل تهجئة الأصابع استخدام اليد لتمثيل الحروف الأبجدية، وفي العادة تستخدم التهجئة بالأصابع كطريقة مساندة للغة الإشارة، إذا كان الشخص الأصم لا يعرف الإشارة المستخدمة لكلمة ما.

ووظيفة هذه الطريقة تصوير حروف الكلمة كما هي في الهواء، فاسم العلم (نابليون) يصور بالحروف: (نون، ألف، باء، لام، ياء، واو، ونون)

ويلجأ الأصم إلى الأبجدية اليدوية (أبجدية الأصابع) ليدل على الكلمات التي ليس لها إشارات وصفية، مثل أسماء العَلَمْ والمصطلحات اللغوية وغير اللغوية مثل كلمات: (فاعل، مبتدأ، أكسجين، حامض، وصودا كاوية...)

وتتميز لغة الأصابع بوجود نظامين:

الأول: نظام اليد الواحدة المستعمل في أمريكا، وهو أن لكل حرف شكله المعين باليد الواحدة.

الثاني: فهو النظام المستخدم فيه اليدان بطريقة معينة لتدل على ذلك الحرف.

ونادراً ما تستخدم تهجئة بمفردها للتواصل مع الشخص الأصم.

ما يؤخذ على الطرائق اليدوية :

1- فيما يتعلق بالإشارات، ليس هناك علاقات بين لغة الإشارة وكل من اللغة المنطوقة أو المكتوبة.

2- إنها تبعد الطفل عن قراءة الكلام وتتبعه.

3- إنها لا تمكن الطفل من تعلم النطق والكلام.

4- لم يتحسن المستوى التعليمي للتلميذ الأصم المستخدم لها.

5- لا يتمكن التلميذ الأصم من استعمالها إلا مع زملائه الصم، ولا يستطيع أن يتعامل بها مع أفراد المجتمع، لعدم فهمهم واستعمالهم لها.

6- معظم المدرسين يعزفون عن استخدامها لعدم قدرتهم على استخدامها، حيث يعتقد البعض أنها تتطلب مراناً كبيراً، ويجدون صعوبة في تعلمها.

7- إن لغة الإشارة تعتمد على حركات اليد المرئية، فلا يمكن ممارستها في الظلام لعدم القدرة على الرؤية.

8- هناك تفاوت في نسبة الفقدان السمعي لدى الصم، وبالتالي، فإن الأصم من خلال اعتماده على لغة الإشارة، فإنه يهمل بشكل ما البقايا السمعية التي يمكن أن تستغل ويستفاد منها.

طريقة التخاطب الشاملة (أسس التواصل الكلي)

وهي التي تعطي عناية بالكلام، واستغلال البقايا السمعية باستخدام الأجهزة السمعية في آن واحد مع استخدام لغة الإشارة والأبجدية اليدوية وقراءة الشفاه. مما يراعي باستخدامها رغبات كل طفل وحاجاته وظروفه الخاصة، وتستخدم هذه الطريقة مع جميع الأطفال المعوقين سمعياً بما فيهم ضعاف السمع، حيث ثبت صحة عدم إعاقة هذه الطريقة للمهارات الشفهية المختلفة واستغلال البقايا السمعية عندهم، بل على العكس، فقد ظهر تحسن ملحوظ عندهم. كما يستخدم هذه الطريقة أيضاً التلاميذ متعددو الإعاقة.

نصائح للتعامل مع المعاقين سمعياً منها:

1- عدم معاملة المعاق سمعياً عن طريق أعاقته بل على أساس ما يملكه من قدرات و خصائص.

2- عدم تجاهل ما يرتكبه الأصم من أخطاء بل محاسبته كما يحاسب السامعين وعدم البحث عن أعذار لما يبديه من تصرفات لاتليق.

3- تعليمه كيف يعامل الآخرين وخاصة أسرته.

4- تذكر أن اللغة المقروءة والمكتوبة تمثل حاجزا مهما يصعب على غالبية المعاقين سمعياً تجاوزه.

5- في المجتمع المحيط بالمعاق سمعياً هناك قلة من الأفراد تفهمه وتحاوره فهل كنت أمينا معه ناصحاً له

6- إذا كان عنده الأصم موهبة أو إبداع فإنه سيجد راحة كبيرة عندما تساعده وتظهرها للآخرين

7- أخباره بما استجد من أخبار وأخذ رأيه فيما يقع من أحداث.

8- تعريفه بالمتحدثين وتعريف المتحدثين به فكثير من الناس يجد متعة وهو يحاور المعاق سمعياً.

9- أخباره بأن لا يغضب عندما لا يبالي الأخر ون به أو تبدو منهم تصرفات لا تليق بالمعاقين سمعياً فقد يكون لهم العذر لعدم معرفة لغة التفاهم معهم.

10- أخبره عن مزايا اللغة المنطوقة وطريقة الحديث العادية وخصائصها ليدرك كيف يتفاهم الناس مع بعضهم بعضا.

11- تناسي إعاقته عندما محاورته في موضوع مهم لإشعاره إن إعاقته لاتستلزم بذل الجهد لإفهامه موضوعا ما.

الخدمات التربوية المقدمة لذوي الإعاقات السمعية

طرق التدريس:

1- الطرق الشفهية.

2- الطرق اليديوية.

3- الطرق الكلية.

4- طريقة ثنائي اللغة - ثنائي الثقافة.

البرامج والأساليب الخاصة بتعليم المعاقين سمعياُ

إن فلسفة تعليم الطفل المعاق سمعيا تقوم على جانبين: جانب تأهيلي بهدف إلى إكساب التلميذ لغة التواصل مع الآخرين والتدريب على السمع والكلام، وجانب تعليمي يهدف إلى إكساب التلميذ قدر مناسب من المعرفة والثقافة.

طرق تعليم التلميذ المعاق سمعياً :

لقد أشارت البحوث والدراسات وأدبيات التربية في مجال تعليم المعاقين سمعيا إلى وجود قصور في النظرة إلى استخدام الأساليب، وطرق التدريس المناسبة لخصائصهم وحاجاتهم. فمن المعروف أن التلميذ المعاق سمعيا يعاني من النسيان وعدم القدرة على الربط بين موضوعات المنهج، وعدم القدرة على استدعاء ما تم دراسته من معلومات مطلوبة لتعلم موضوعات جديدة، مما يشكل صعوبة في التعليم للتلميذ المعاق سمعيا ويستدعي بذل الجهد واللجوء إلى التكرار المستمر مع تنوع الطرق المستخدمة، وإعطاء جرعات علمية متزايدة وهو ما يسمى التعلم بعد تمام التعلم.

طرق التواصل

التواصل هو عملية تبادل الأفكار والمعلومات، وهو عملية نشطة تشتمل على استقبال الرسائل وتفسيرها ونقلها للآخرين. ويعتبر الكلام واللغة وسائل رئيسية للتواصل، وهناك طرق أخرى يتم فيها التواصل غير اللفظي مثل إيماءات، ووضع الجسم، والتواصل العيني، والتعبيرات الوجهية، وحركات الرأس والجسم، وهناك أبعاد لغوية موازية لها (وتشمل التغييرات في نبرة الصوت، وسرعة تقديم الرسالة والتوقف أو التردد.

أهم أساليب التواصل مع التلاميذ الصم:

أولاً: التواصل الملفوظ (التدريب السمعي - قراءة الشفاه)

التدريب السمعي: يعتبر من الاتجاهات الحديثة في تعليم الأطفال المعوقين سمعياً والذي يركز على الاستفادة من السمع المتبقي لدى الأطفال. ولذلك فهو يعتبر نقطة مثالية للتدخل المبكر نتيجة للدور الذي يلعبه في تطوير قدرة الطفل المعوق سمعياً على التحدث بالإضافة إلى دمجه في المدارس مع الأطفال العاديين.

ويتضمن التدريب السمعي تنمية مهارة الاستماع لدى الأطفال المعوقين سمعياً بالإضافة إلى قدرتهم على التمييز بين الأصوات وذلك عن طريق:

1- تنمية الوعي بالأصوات.
2- تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات العامة غير الدقيقة.
3- تنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات المتباينة الدقيقة.

منهاج المعوقين سمعياً

إن تنظيم مناهج الأفراد المعوقين سمعيا ليس بالعملية السهلة وخاصة حين تقسم محتويات تلك لتتناسب وأطفال الروضة أو ما قبل المدرسة أو ما بعدها، وقد تبقى الخطة التربوية الفردية (IEP) وما تشكله من مناهج فردية أمرا مقبولا في ميدان تربية الطفل المعوق سمعيا، تحتوي مناهج المعوقين سمعيا على ما يلي :

1- منهاج التدريب السمعي واللغوي: يتضمن منهاج التدريب السمعي عددا من الأهداف التي تعمل على تنمية قدرة الأطفال ضعاف السمع على الانتباه والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الجمل والتعبير عنها وفيما يلي بعض الأهداف التي توضح ذلك:

أ. برامج القراءة:

إذا كان تعلم القراءة عملية صعبة بالنسبة لبعض الأطفال العاديين، فإنها أصعب بالنسبة للطفل المعوق سمعيا إذ تشير إلى ذلك امتحانات التحصيل والدرجات المتدنية التي يحصل عليها الأطفال المعوقون سمعيا بالإضافة إلى شواهد الحياة اليومية، إن ذلك يعني أن معظم الأطفال المعوقون سمعيا أقل اهتماماً بالقراءة. والسؤال الذي يمكن أن يطرح هنا هو ولماذا تعتبر ظاهرة الفشل في تعلم القراءة ظاهرة عادية للطفل المعوق سمعيا ؟ وبكلمات أخرى ما لذي يجعل القراءة موضوعاً محبطا للأطفال المعوقين سمعيا؟

أن الاستماع هو الطريقة الطبيعية لإدراك اللغة أكثر من القراءة نفسها، إن ذلك يعني أن سماع اللغة وإدراكها هو الخطوة الرئيسة في تعلم القراءة ،وحتى يتمكن الطفل العادي من تعلم القراءة فلا بد وان يستخدم خبراته السابقة اللغوية في تعلم القراءة، كما يحتاج إلى استغلال قدرته السمعية، ويحتاج أيضا إلى تعلم اللغة لتحويل الرموز المسموعة إلى رموز مقروءة. أما بالنسبة للطفل المعوق سمعيا فإنه لم يمر بمرحلة سماع اللغة واكتساب معانيها وقواعدها لذا فإن عملية القراءة عملية صعبة لديه، والمثيرات البصرية وحدها لا تكفي لتعلم اللغة وقراءتها.

1- الاستدارة نحو مصدر الصوت.

2- إصدار أصوات غير صوت البكاء.

3- تقليد كلمات بسيطة.

4- التعبير عن السرور.

5- الاستجابة لتعبيرات الآخرين.

6- التعبير عن حاجاته الشخصية.

7- استخدام كلمات في جملتين.

8- استخدام الجمل.

9- استخدام الأسماء.

2- منهاج القراءة :

تشكل القراءة واحدا من جوانب التحصيل الأكاديمي وقد يكون من المناسب الإشارة إلى أن قدرة الطفل المعوق سمعيا على التحصيل الأكاديمي تعتمد على عدد العوامل وهي :

1. درجة ذكاء المعوق سمعياً
2. درجة الإعاقة السمعية
3. العمر الزمني

وإذا كان صحيحا أن التربية هي المفتاح الرئيسي لعدد من الفرص أمام الطفل العادي فإنها أكثر صحة لدى الطفل المعوق سميعا إذا تربية المعوق سمعيا تعني نقله من عالم عدم وجود اللغة إلى عالم اللغة حيث المعرفة والمعنى

مكونات منهاج القراءة :

إن تبني منهاج الأطفال العاديين في القراءة والمواد المستخدمة في ذلك أمر ممكن كمنهاج للمعوقين سمعيا ولكن مع كثير من التعديل بحيث تتناسب النشاطات الخاصة بالقراءة وحاجات الطفل المعوق سمعيا، ولكن يشار إلى أن عملية بناء منهاج للقراءة للأطفال الصم يتضمن ما يلي من المهارات :

1. مهارات التمييز.
2. مهارات الفهم العام.
3. مهارات التفسير.
4. مهارات التطبيق.

3- المناهج المتعلقة بتنمية وسائل الاتصال :

ويقصد بهذا النوع من المناهج، تنمية قدرة المعوقين سمعيا على استخدام مهارات قراءة الشفاه أو قراءة الكلام أو مهارة لغة الإشارة أو مهارة التعبير عن الحروف الهجائية بحركات الأصابع. يعتبر تدريب المعوقين سمعيا على هذه المهارات جزءا من منهاج الأطفال المعوقين سمعيا بل قد يعتبر استخدام هذه الطرق وتنمية القدرة على إتقانها من أولويات منهاج المعوقين سمعيا إذ قد تعتبر هذه الطرق الوسائل الرئيسية في الاتصال مع الآخرين أو التعبير عن الذات.

4- المناهج المتعلقة بتنمية قدرة المعوقين سمعيا على النطق :

تتضمن هذه المناهج عددا من التدريبات التي تهدف إلى تنمية قدرة الطفل المعاق سمعيا على النطق، خاصة غذ قدمت هذه التدريبات من قبل أخصائي في الكلام والنطق وتذكر عددا من أساليب التدريب والخاصة بتنمية قدرات المعوق سمعيا على الكلام والنطق منها :

1. أسلوب الذبذبات الصوتية والسمعية.
2. أسلوب المعينات البصرية.
3. أسلوب المعينات الحركية.
4. أسلوب الإشارة السمعية.

5- المناهج المتعلقة بالفرد والعلاقات الاجتماعية والبيئية :

وتشمل هذه المناهج الأهداف التي تعمل تنمية معرفة الفرد المعوق سمعيا نفسه وللعلاقات الاجتماعية، وللبيئة المحيطة بالفرد، يمكن أن نذكر الأهداف المتعلقة بالمفاهيم الآتية لكل جانب من الجوانب السابقة كما تذكرها مناهج للمعوقين سمعيا وهي :

1. المفاهيم المتعلقة بالذات، وتشمل: أجزاء الجسم، وأنواع الطعام والملابس والمشاعر.
2. المفاهيم المتعلقة بالأسرة، وتشمل: عدد أعضاء الأسرة، وأسمائهم وأدوارهم.
3. المفاهيم المتعلقة بالبيئة الطبيعية وتشمل: البيت الذي يعيش فيه المعوق سمعيا والألعاب، والحيوانات، ونظام المدرسة، والأعياد والمناسبات الدينية والوطنية.

6- المناهج الخاصة بالكتابة :

تتضمن هذه المناهج تنمية قدرة المعوقين سمعيا على الكتابة والتعبير عن أنفسهم، وقد تبدو عملية الكتابة بالنسبة للطفل المعاق سمعيا أسهل من عملية القراءة، وتبدو قيمة هذا النوع من المناهج في أنها تعطي فرصا للمعوقين سمعيا للتعبير عن ذواتهم من جهة، وفهم الآخرين من جهة أخرى.

7- المناهج الخاصة بالنشاطات المهنية :

تتضمن هذه المناهج تنمية قدرة المعوقين سمعيا على الإعداد المهني، وخاصة في مرحلة ما بعد المدرسة، ومن جوانب المنهاج الخاص بالنشاطات المهنية تدريب الأفراد المعوقين على أعمال الخياطة، النسيج، الطباعة، والعمل في المصانع.

8- المناهج الخاصة بالرياضيات:

تتضمن على التفكير الرياضي السليم المنطقي فمن خلال مناهج الرياضيات يتعلم المهارات التالية :

1. القدرة على إبصار الأرقام والكميات.
2. القدرة على التفكير المنطقي.
3. القدرة على التقييم.
4. كما أن مناهج الرياضيات قد تضم الموضوعات الآتية: التعرف على الأرقام بصريا والعمليات الأربعة والمقاييس المترية أي مقاييس الطول والوزن، وطرق التصنيف، ومقاييس الحرارة.

الفصل السابع

7

الإعاقة الجسمية والحركية

Physical impairment

تقديم

تتميز فئة الإعاقات الجسمية والصحية بعدم التجانس، فهي تشمل حالات شديدة التباين لدرجة يشعر معها الفرد بأن الروابط بينها غير وثيقة. ومن الصعب الاتفاق على مصطلح واحد للإشارة إلى جميع الإعاقات الجسمية والصحية لأنها متنوعة من حيث طبيعتها وأسبابها ولأنها تترك تأثيرات جسمية ونفسية وتربوية واجتماعية ومهنية تتفاوت بشكل واسع. وتتحدد تأثيرات الإعاقة الجسمية والصحية على الفرد في ضوء عدة متغيرات من أهمها: شدة الإعاقة ومدى وضوحها، والعمر الزمني للفرد عند حدوثها. ويهدف هذا البحث إلى التعريف بالإعاقة الجسمية والصحية ومعرفة تصنيفاتها.

والإعاقات الجسمية والصحية أنواع شتى ومستويات متباينة من الضعف أو العجز البدني. ونادراً ما تقتصر تأثيرات هذه الإعاقات على الجوانب الجسمية، فمظاهر النمو مترابطة ومتداخلة. ولذلك فالخدمات التي ينبغي تقديمها للأفراد الذين يعانون من إعاقات جسمية وصحية يجب أن تكون متكاملة العناصر وتشمل الخدمات الصحية والتربوية والنفسية والاجتماعية. والإعاقة الجسمية والصحية حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموماً تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي.

وتصنف الإعاقات الجسمية والصحية إلى ثلاث فئات رئيسية وفيما يلي وصف موجز لأكثر أشكال هذه الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة المبكرة.

تعريف الإعاقة الحركية

الأشخاص ذوي الإعاقة الحركية: "هم الذين يكون لديهم قصور جسمياً أو مشاكل صحية تمنعهم من الحضور إلى المدرسة أو التعلم وهم بحاجة إلى خدمات التربية الخاصة والتدريب والمواد وتسهيلات ولديهم خصائص متنوعة للغاية وقد يكون لديهم نوع من الموهبة.

وفي تعريف آخر أورده الروسان (1989) "هم الأفراد الذين يعانون من خلل ما في قدرتهم الحركية أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي بما يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة.

الإعاقة الجسمية والصحية Physical and Health Impairments

وتشمل حالات عديدة ومتباينة لدرجة أنها قد تبدو غير مترابطة مع بعضها البعض إلا أنها جميعها تفرض قيوداً وصعوبات على المستوى الحركي واستخدام الجسد لتأدية أنشطة الحياة اليومية بشكل مستقل.

من خلال التعريفات السابقة نجد بأنها تجمع على ما يلي:

1- وجود خلل في جميع الأعضاء المسؤولة عن حدوث هذه الإعاقة سواء كانت عظمية أو عصبية أو عضلية أو غيرها.

2- أن هذه الإعاقة تفقد الفرد المصاب بها القدرة على القيام بالوظائف التي يجب أن يقوم بها الجسم والمتعلقة بنشاطاته الحياتية الجسمية.

3-أن هذه الحالة بحاجة إلى تدخل طبي ونفسي واجتماعي ومهني.

4-أن سببها قد يكون خلقي أو مكتسب.

نسبة حدوث الإعاقات الجسمية والصحية

إن الإعاقة الجسمية والحركية أنماطاً فرعية متنوعة (عصبية وعضلية وصحية) وكل نمط فرعي هو الآخر يشمل أنماطاً شتى في حالات الاعتلال أو العجز أو الإعاقة وترتبط صعوبة تقدير نسبة شيوع الإعاقات الجسمية بتنوع تعريفات هذه الإعاقة من الصعوبة تقديم معلومات دقيقة عن نسبة حدوث الإعاقة فهذه الفئة تأخذ. وتبلغ نسبة انتشار الإعاقة الجسمية والصحية التي تعتمدها معظم الدول الغربية حوالي (1%) من مجموع الأفراد في المجتمع.

ففي الولايات المتحدة بلغت الإحصائيات حوالي ثلاثمائة ألف طالب في المدارس العادية يتلقون خدمات التربية الخاصة في إطار فئتين من فئات التربية الخاصة التي ترتبط بالإعاقات الجسمية تتمثل فئة الإعاقات العضوية التي ترتبط بعضو معين من أعضاء الجسم وتقدر نسبة (75) ألف طالب، أما الفئة الثانية تتمثل في فئة ذوي مشاكل صحية وتضم (225) ألف طالب.

أشكال الإعاقة الجسمية والحركية

أ. الاضطرابات العصبية

1- الشلل الدماغي: إعاقة عصبية حركية تنجم عن تلف مراكز التحكم الحركي في الدماغ غالباً ما تقود إلى اضطراب مستوى التوتر العضلي أو عدم التوازن أو فقدان التحكم بالحركات الإرادية.

2- الصلب المفتوح (العمود الفقري المشقوق): اضطراب ولادي يظهر فيه كيس بارز في أسفل الظهر ويحتوي هذا الكيس في الحالات الشديدة على جزء من الحبل الشوكي والسائل المخي - الشوكي.

3- الاستسقاء الدماغي: تجمع السائل المخي - الشوكي غير طبيعي في حجيرات الدماغ مما يؤدي إلى توسع الجمجمة وتلف الأنسجة الدماغية وبالتالي التخلف العقلي.

4- شلل الأطفال: عدوى فيروسية تؤدي إلى تلف الخلايا الحركية في النخاع الشوكي.

5- الصرع: اضطراب مفاجئ في النشاط الكهربائي للدماغ يؤدي إلى فقدان الوعي وتشنج أطراف الجسم والنوبات التشنجية.

ب. الاضطرابات العضلية - العظمية

1- بتر الأطراف: عدم نمو أو غياب طرف أو أكثر من أطراف الجسم. وقد يكون السبب ولادياً (الحصبة الألمانية، تناول الأدوية أثناء الحمل، الأشعة السينية) أو مكتسباً (بسبب اصابة خطيرة أو كإجراء جراحي وقائي).

2- هشاشة العظام (الجبنة السويسرية): عدم اكتمال نمو العظام وقابليتها للكسر بسبب الإصابات البسيطة.

3- التهاب العظام: اضطراب عمليات النمو العظمي بسبب الالتهابات والإصابات.

4- الحثل العضلي (التضخم العضلي الكاذب): اضطراب يتصف بالتدهور المضطرد في عضلات الجسم الإرادية حيث أنها تستبدل تدريجياً بمواد دهنية.

5- اضطراب لج - كالف - بيرثز: تلف مركز النمو في الجزء العلوي من عظمة الفخذ ينتج عنه موت الأنشطة بسبب عدم وصول الدم.

6- التهاب المفاصل الروماتيزمي: مرض حاد ومؤلم في المفاصل والأنسجة المحيطة بها ينجم عنه تورم وحمى وتيبس خاصة في الصباح.

7- التقوس المفصلي: إعاقة ولادية تكون فيها المفاصل مصابة بالتشوه والتيبس مما يقود إلى قصر العضلات وضعفها والحد من مدى الحركة.

8- انحناءات العمود الفقري: وتشمل البزخ (انحناء العمود الفقري إلى الأمام) والجنف (ا نحناء العمود الفقري وميلانه) والحدب (انحناء العمود الفقري إلى الخلف).

ج. الاضطرابات الصحية المزمنة

1- الربو القصبي: رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات جمة في التنفس بسبب تضيق القصيبات الهوائية.

2- الهيموفيليا: اضطراب وراثي يحمل على الكروموسوم الجنسي يحدث فيه قابلية للنزيف ولو لأسباب بسيطة بسبب نقص عوامل تخثر الدم.

3- السكري: اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يعجز فيه البنكرياس عن إفراز كميات كافية من الأنسولين مما يحد من قدرة الجسم على الاستفادة من السكر والمواد الكربوهيدراتية.

4- فقر الدم المنجلي: اضطراب وراثي في كريات الدم الحمراء تصبح بسببه هذه الكريات منجلية الشكل مما يقود إلى صعوبة في انتقال الدم في الأوعية الدموية ونقص الأكسجين.

5- التليف الحويصلي: اضطراب وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس فيتم إفراز مواد مخاطية كثيفة جداً مما يقود إلى صعوبات تنفسية وهضمية شديدة.

6- الاضطرابات القلبية: اضطرابات ولدية أو مكتسبة من أكثرها شيوعاً تضيق الشريان الرئوي، وعيوب القلب الرباعية، وتضيق الأبهر، والقناة الشريانية المفتوحة، وتشوه الحاجز الأذيني والحاجز البطيني.

أسباب الإعاقة الحركية

يمكن تقسيم أسباب الإعاقة الحركية استنادا إلى تعريفاتها لعاملين رئيسين يتمثلان في العيوب الخلقية الوراثية أو إلى عوامل مكتسبة مستمدة من البيئة. ومن أهم أسباب حدوث هذه الإعاقة ما يلي:

1. نقص الأوكسجين عن دماغ الطفل سواء في مرحلة ما قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها الأمر الذي يسبب تلفا في دماغ الطفل بحيث يؤثر هذا التلف على المراكز العصبية الخاصة بالحركة.

2. عوامل وراثية لها علاقة بخلل كروموسومي ينتقل من الآباء إلى الأبناء إما بشكل متنحي أو سائد بحيث يحدث هذا الخلل إعاقة جسدية لدى الطفل المولود حديثا.

3. اختلاف دم أم الطفل عن دم الطفل أي اختلاف في العامل الريزيسي (.RH).
4. تعرض الأم الحامل للإصابة بالأمراض المعدية كالحصبة الألمانية وغيرها من الأمراض التي تؤثر على صحة الأم الحامل.
5. تعرض الأطفال أنفسهم لأمراض التهاب السحايا والالتهابات المخية التي تحدث تلفا في خلايا الدماغ أو القشرة الدماغية.
6. تناول الأم الحامل للأدوية الممنوعة أثناء الحمل والتي تسبب تشوهات خلقية جسمية.
7. إصابة الأم بأمراض تسمم الحمل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة البروتين أو الزلال في جسمها، وإصابتها بأمراض القلب.
8. تعرض الأم الحامل لعوامل سوء التغذية وتعاطي الكحول والتدخين وتعرضها للأشعة السين.
9. ولادة أطفال الخداج التي تعني عدم اكتمال نمو الطفل وولادته قبل الأوان.
10. ضعف الحيوان المنوي في الذكر وهرم البويضة الملقحة الأمر الذي ينتج عنه تشوهات جسمية لدى الجنين.
11. صعوبات الولادة وما ينتج عنها من مشكلات كمشكلات الخلع الوركي أو إصابة الطفل برضوض في الدماغ نتيجة استخدام وسائل سحب الطفل من الأم بواسطة الملاقط.
12. الإصابات المختلفة الناتجة عن السقوط وعن الحوادث البيئية المختلفة.

طرق الوقاية من الإعاقة الحركية

تتطلب الوقاية من الوقوع في الإعاقة الحركية تصميم البرامج الوقائية الفعالة ويشتمل البرنامج على ثلاث مستويات موازية لتطور حالة الاضطراب إن الانحراف الحركي هو انحراف عن النمو الطبيعي يأخذ شكل الضعف أولا ثم التحول إلى عجز والعجز يتطور إلى إعاقة في نهاية الأمر وتنصب الجهود لمنع حدوث الضعف أصلا وهذا ما يسمى بالوقاية الأولية التي تحاول أن تمنع تطور الضعف إلى عجز وهذا ما يسمى بالوقاية الثانئية وتسعى أخيرا إلى عدم وصول هذا العجز إلى إعاقة وهذا ما يسمى بالوقاية الثلاثية وسأتناول هذه المراحل بشيء من التوضيح والتفسير.

أ. الوقاية الأولية

وتشتمل طرق الوقاية الأولية لمنع حدوث الإعاقة على ما يلي:

1- اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض بعد إجراء فحوصات عديدة تتعلق بأمراض الدم والعامل الرايزيسي تفاديا لحدوث تشوهات خلقيه في نسلهما لها علاقة بالإعاقة الحركية.

2- تقديم الإرشاد المستمر للأم الحامل من دور الحضانة والرعاية الأسرية لأخذ المطاعيم الخاصة بأمراض الدفتيريا والحصبة والجدري والسل وغيرها

3- مراجعة الأم الحامل للطبيب أثناء فترة الحمل و الاهتمام بصحة الأم الحامل وعدم تعرضها لمشاكل سوء التغذية وللأشعة وعدم تعاطيها للكحول والتدخين.

4- وجوب حدوث الولادة في مستشفى وتحت إشراف طبيب مختص.

5- تجنب حدوث ولادة عسرة كأن تكون الولادة في المنزل.

6- تجنب الأم للتسمم الولادي أثناء الحمل.

ب. الوقاية الثانوية

تهدف الوقاية الثانوية إلى تمكين الطفل من استعادة قدراته الجسمية والصحية بهدف خفض حالات العجز بين الأطفال وتشمل طرق الوقاية الثانوية ما يلي:

1- الكشف المبكر عن حالات الإصابة بالعجز الجسمي.

2-التدخل العلاجي والجراحي المبكر.

3- إثراء بيئة الطفل لمنعه من التخلف.

4-وفير الرعاية الطبية المتواصلة للطفل للحفاظ على صحته.

5-استعمال الأساليب والأدوات التعويضية والتصحيحية والترميمية للأطفال للتخفيف من شدة الإعاقة الجسمية لديهم.

ج. الوقاية الثلاثية

إن دور هذه الوقاية يأتي بعد حدوث العجز وتهدف إلى الحد من تدهور حالة الطفل والحد من التأثيرات المرافقة والمصاحبة والناجمة عن حالة العجز الحركي والسيطرة على المضاعفات ما أمكن ذلك. وتتضمن الوقاية الثلاثية ما يلي:

1- توفير خدمات الإرشاد الجيني للأسرة.

2- توفير خدمات الإرشاد الأسري.

3- استعمال الأطراف الصناعية.

4-مساعدة الطفل على الاستفادة من خدمات التأهيل التي تقدمها مراكز التربية الخاصة

5- تقديم العلاج النفسي للمصاب ولأسرته.

6-تعديل اتجاهات المجتمع وتحسين نظرته نحو هذه الإعاقة.

7- مساعدة المصاب على التكيف مع بيئته.

8- إشراك المصاب في برامج ترويحية ونشاطية لا تتعلق بإعاقته كالاستماع للموسيقى مثلا:

الكشف المبكر عن الإعاقات الجسمية والصحية.

من الصعب إجراءات كشفية موحدة للإعاقات الجسمية والصحية وبوجه عام، فإن هذه الإعاقات تصنف إلى ومن أبرز المؤشرات على الإعاقات الجسمية والصحية:

1- الشكوى من التعب المفرط بعد القيام بالنشاطات البدنية.

2- الشكوى من الدوران أو الغثيان أو الصداع أو الشكوى من مستويات شديدة من الجوع أو العطش أو التعرق

3- الشكوى من السعال أو العطاس أو ضيق التنفس أو الدماغ عند تأدية نشاطات جسمية معينة .

4- إظهار استجابات حركية نمطية أو نوبات غضب شديدة أو أحلام يقظة أو حالات من تشوش الوعي أو فقدانه ويتوقع من المعلمين ملاحظة استجابات الأطفال في الصف والمدرسة وإحالة الأطفال الذين يظهرون مشكلات صحية معينة إلى طبيب المدرسة أو الجهات الطبية الأخرى بالتعاون والتنسيق مع أولياء الأمور.

تصنيفات الإعاقة الجسمية والحركية

أولاً: الإعاقات الحركية العصبية. تعد نتيجة لإصابة يتعرض لها المخ أو الحبل ألشوكي وتؤدي إلى حدوث تلف عصبي بتالي تتأثر قدرة الفرد على أن يقوم بتحريك أجزاء معينة من جسمه وتؤدي الى إعاقة حركية. وقد ترتبط الإعاقة بعوامل ما قبل الولادة أو أثناءها أو ما بعد الولادة. ومن هذه الإعاقات الشلل الدماغي وإضطراب التشنج (الصرع) وانشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل ألشوكي :

1- **الشلل الدماغي (cerebral palsy):** هو من أكثر الإصابات شيوعاً بالنسبة للإعاقات الجسمية والصحية وهو اضطراب غير متطور يصيب الجهاز العصبي الرئيسي مما يؤثر على الأداء الحركي،

وقد تم تصنيف الشلل الدماغي وفق السمات الحركية وأعضاء الجسم المصابة إلى :

أ- التشنج وارتجاف الأطراف (athetosis). هو من أكثر أنواع الشلل شيوعا في العالم. يؤدي إلى تيبس بعض أجزاء جسم المصاب.

ب- عدم انتظام الحركة وعدم التوازن (ataxia).. الشخص المصاب بهذا الشلل يمشي بطريقه غير متوازنة وينتج هذا الشلل بسبب إصابة المخيخ فهو الجزء المسؤول عن التوازن الحركي وتقدر نسبة إصابته حوالي 20-30 ٪ من حالات الشلل الدماغي.

ج- الشلل الدماغي التيبسي (rigidity).. تظهر على الشخص المصاب بهذا الشلل تشنجات شديدة تكون ناتجة عن توتر وتيبس العضلات بشكل مستمر ويصاب باعا قه عقليه.

د- ارتخاء العضلات (hypotonic)..

هـ- الشلل الدماغي المختلط. حيث تظهر على الشخص أعراض لأكثر من نوع لأنواع الشلل

تصنيفات الشلل الدماغي حسب الطرف أو الأطراف المصابة:

1- الشلل الكلي: فهو إصابة الأطراف الأربعة

2- الشلل النصفي الجانبي: شلل أحد جانبي الجسم

3- الشلل السفلي: إصابة الأطراف السفلى

4- الشلل الكلي السفلي: الأطراف الأربع لكن السفلى أكثر تأثير

5- الشلل الثلاثي: الشلل في ثلاثة أطراف

6- الشلل الأحادي: في طرف واحد

أسباب الشلل الدماغي

1- **أسبابه ما قبل الولادة.** كإصابة الأم الحامل بالعدوى، والأمراض المزمنة، والصدمات البدنية،وتعرض الأم الحامل للمواد السامة، أو الأشعة السينية ويمكن لهل جميعها تؤدي إلى تلف المخ بالنسبة للجنين.

أ. الوراثة.

ب. تعرض الأم للالتهابات.

ج. تعرض الأم للإشعاعات.

د. نقص الأكسجين قبل الولادة.

هـ. العامل الرايزيسي.

و. الخداج.

ز. نزيف الأم خلال الحمل.

ح. النزيف في دماغ الجنين.

2- **أسباب أثناء الولادة.** فقد يتعرض المخ للإصابة وخاصة إذا ما كانت الولادة صعبة. هناك بعض العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى ذلك أثناء الولادة من أهمها الولادات المبتسرة، والاختناق أو نقص الأكسجين، ارتفاع درجة الحرارة، التسمم والإصابة بالحمى ومن هذه العوامل:

1- تأخر الولادة.

2- الإصابات أثناء الولادة.

3- اختناق الجنين.

4- نقص الأكسجين.

5- تعرض الرأس للضغط أثناء الولادة.

3- **أسباب ما بعد الولادة.** منع وصول الأكسجين إلى الطفل، أو التسمم، أو نزيف المخ، أو حدوث صدمة مباشرة للمخ يمكن أن يكون سبباً محتملاً يؤدي بالتالي إلى حدوث الشلل الدماغي. ومن هذه العوامل:

1- الإصابات التي يتعرض لها الرأس.

2- التهابات الدماغ.

3- التسمم.

4- نقص الأكسجين بعد الولادة.

تصنيف الشلل الدماغي حسب المظهر الخارجي

يصنف الشلل الدماغي حسب المظهر الخارجي إلى أنواع منها :

1- الشلل النصفي الطولي (Hemiplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم.

2- الشلل النصفي العرضي (Diplegia) وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو السفلي من الجسم.

3- شلل الأطراف (Quadriplegia) وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة من الجسم.

4- الشلل النصفي السفلي (Paraplegia) مثل شلل الرجلين من الجسم.

5- شلل طرف واحد (Monoplegia) تمثل شلل طرف من أطراف الجسم.

6- شلل ثلاث أطراف (Triplegia) تمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم .

7- الشلل الكلي (Double Hemiplegia) تمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً.

الإعاقات المصاحبة لشلل الدماغي والتطبيقات التربوية

عندما يتعرض المخ لبعض التلف فإن ذلك يؤثر سلباً على القدرات الحسية للفرد والوظائف المعرفية التي يمكنه أن يقوم بها أو يؤديها. وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك نسبة من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي يعانون من الإعاقة السمعية أو البصرية أو إضطراب الإدراك أو مشكلات سلوكية وتخلف عقلي، ويلاحظ بعض المعاقين بالشلل يتميزون بقدرات العقلية العادية أو فوق المتوسط إلى الموهبة.

التطبيقات التربوية

إن الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي قد يتعرضون لمشاكل تربوية نتيجة الإعاقة وبالتالي لا بد من توفير أجهزة معينة لهم للتعامل معهم. وأن يكون هناك تقييم مستمر لقدرات الفرد والتعرف على كل ما يتعرض له من تغيرات سواء كانت سلبية أو إيجابية وتعليم أولئك الأطفال يتطلب الكفاءة المعرفية في مجالات التربية الخاصة.

2- الصرع (Epilepsy)

هو إصابة تتصف بحالات متكررة من الإفراز المفرط والمتزامن للخلايا العصبية في منطقة أو أكثر من الدماغ. وتظهر على شكل اضطرابات في الوعي أو الإحساس أو الوظيفة الحركية.

أسباب الصرع:

أهم الأسباب الشائعة والمباشرة للصرع مايلي :

1- نقص الأكسجين أثناء وبعد الولادة.

2- نقص كمية السكر في الدم.

3- العدوى.

4- الصدمات الجسمية.

أعراض الصرع

تقسم أعراض الصرع إلى نوعين:

1- حالات الصرع الكبرى (Grand Mal Seizure): قد تستمر حالات الصرع الكبرى لمدة تتراوح ما بين دقيقتين إلى خمس دقائق.

2- حالات الصرع الصغرى (Petit Mal Sizure): تستمر حالات الصرع الصغرى لمدة أقل من نوبات الصرع الكبرى.

تظهر حالات الصرع لدى الفرد عندما تزيد الطاقة الكهربائية في الدماغ وذلك بسبب إصابة الدماغ أو تلفه (Brain Damage) وقد تحدث الإصابة في الدماغ لأكثر من سبب مثل نقص الأوكسجين أو التسمم أو صدمات الولادة أو الالتهابات.

التطبيقات التربوية لحالات الصرع

إن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التشنج أو النوبات التشنجية يتمتعون بمستوى ذكاء متوسط أ و حتى مرتفع ومن ثم يصبح مثلهم في ذلك مثل أقرانهم العاديين. وعلى المعلمين أن يقوموا بمايلي :

1- الهدوء عند حدوث النوبة وعدم الانزعاج لأننا لا تقدر أن نوقف تلك الحالة.

2- مساعدة الطفل الاستلقاء على الأرض وأن يفك أزرار ملابسه.
3- منع الطفل من القيام بضرب رأسه أو جسمه.
4- أن يقوم بتحريك وجه الطفل ليصبح على جانبه لخروج اللعاب بسهولة.
5- إبعاد الطفل عن كل شيء صلب من حوله.

3- انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي

هو قصور وراثي في الوسط ينشأ عن عدم تمكن عظام العمود الفقري من الإقفال أو الالتحام بإحكام خلال مرحلة نمو الجنين ويمكن أن يحدث ذلك القصور في أي مكان وذلك في المنطقة التي تمتد من الرأس إلى الطرف السفلي للعمود الفقري. ونظراً لأن العمود الفقري لا يكون قد تم إقفاله بعد فإن الحبل الشوكي قد يشكل بروزاً أو نتوءاً مما يؤدي إلى تلف الأعصاب والشلل وعدم القدرة على القيام بأي أداء وظيفي.

أسباب انشقاق النخاع والإصابات الأخرى للحبل الشوكي

إن أسباب انشقاق النخاع لا زالت غامضة غير معروفة لكن السبب الأساسي ينتج عن الحوادث والفرق بين انشقاق النخاع والإصابات الحبل الشوكي يتمثل أن يصاب الفرد بأي وقت بعد ولادة الطفل.

وقد تنتج إصابات الحبل الشوكي عن تشوهات خلقية وأمراض متنوعة منها: شلل الأطفال، والعمود الفقري المفتوح، التصلب المتعدد، الضمور العضلي الشوكي، التقوس المفصلي.

التطبيقات التربوية لحالات انشقاق الدماغ

إن قصور الإحساس ونقص القدرة على التحكم في الوظائف الجسمية يتوقف على مدى حدة وتباين درجة الإصابة وبتالي بعضهم بحاجة إلى توفير الكراسي المتحركة وبعضهم قد يحتاج إلى المستشفي وإجراء الجراحة اللازمة لهم وبذلك فإنهم بحاجة إلى تكييف البيئة التربوية لتناسب قدراتهم.

4- شلل الأطفال.

هو الإصابة التي ينتج عنها ضعف شديد بالعضلات وتشنجات قويه وشلل تام وان شلل الأطفال مرض معد يصيب الطفل عن طريق الجهاز الهضمي والجهاز النفسي.

أعراض شلل الأطفال وتشخيصه

أ. مرحلة الحضانة.

ب. مرحلة الهجوم .

ج. مرحلة ما قبل ظهور الشلل .

د. مرحلة الشلل .

علاج شلل الأطفال

القيام بإجراءات راحة المريض وتغذيته بصوره جيده والمحافظة على وضع جسمي سليم أثناء النوم والعلاج الطبيعي.

5- استسقاء الدماغ

يحدث عندما ينحصر السائل المخي داخل تجويف الدماغ وتسبب حالة استسقاء الدماغ مشكلات وصعوبات على التلف الدماغي وانخفاض في القدرة العقلية وإعاقات سمعيه وبصريه.

علاج استسقاء الدماغ: يعالج بسحب السائل الزائد من مؤخرة الرأس.

ثانياً: الإعاقات العضلية

يعتبر بعض الأطفال الذين يعانون من قصور أو أمراض في عضلاتهم أو عظامهم من المعوقين جسمياً. ومن الملاحظ أنه رغم عدم وجود إعاقات نيورولوجية لدى هؤلاء الأطفال فإن قدرتهم على الحركة تتأثر سلباً حيث نجدهم يعانون معظم الوقت من مشكلات عضلية وهيكلية تتضمن الرجلين، والذراعين، والمفاصل، أو العمود الفقري تجعل من الصعب أو من المستحيل بالنسبة لهم أن يقوموا بالمشي، أو القيام، أو الجلوس، أو استخدام اليدين. وقد تكون مثل هذه المشكلات وراثية أو مكتسبة تحدث بعد ولادتهم. وقد تتضمن تلك الأسباب التي تؤدي إليها أوجه قصور جينية أو وراثية، أو الأمراض المعدية، أو الحوادث، أو الاضطرابات النمائية.

ومن أكثر الحالات العضلية الهيكلية شيوعاً التي تؤثر على كل من الأطفال والمراهقين أو حتى الراشدين هما:

1- البتر (Amputation)

هو فقدان طرف أو جزء من طرف. وهو إما يكون خلقياً ويعتقد أن حوالي 75% من حالات البتر من هذا النوع، وإما أن يكون مكتسباً.

ويصنف البتر إلى عدة أنواع :

- البتر النصفي.
- البتر الكلي.
- البتر الجزئي.

ويأخذ البتر الخلقي أشكالاً متنوعة منها :

- نقص أصابع اليدين أو القدمين.
- غياب معظم الذراع أو الرجل.

وقد تنتج الحالات الخلقية عن الإشعاعات أو الفيروسات أو عن تناول الأم الحامل بعض العقاقير الطبية.

أما حالات البتر المكتسبة فتحدث في الأغلب لدى كبار السن. وقد تكون هذه الحالات ذات أهداف وقائية علاجية كما في إضطرابات الأوعية الدموية التي تنتج عن السكري وأمراض جهاز الدوران والدم والسرطان والإصابات المباشرة بسبب الحروب أو بسبب حوادث السير وغير ذلك.

وقد يشمل علاج البتر العمليات الجراحية أو العلاج الطبيعي أو الأطراف الاصطناعية أو التأهيل وذلك اعتماداً على عمر الشخص ونوع البتر وموقعه. وينصب اهتمام المعلمين على إجراء التعديلات المناسبة على البيئة الصفية والمدرسية وإرشاد الأسرة والزملاء في المدرسة وتشجيعهم على قبول الطالب الذي يعاني من البتر وحثه على الاعتماد على النفس والثقة بالذات لكي لا يواجه صعوبات نفسية .

2- وهن أو ضمور العضلات (Dystrophy Muscular)

يقصد بوهن أو ضمور العضلات ذلك الضعف العام الذي يصيب الجسم والذي يبدأ من القدمين ويستمر تدريجياً نحو منطقة الرأس أو العكس.

وتبدو مظاهر هذه الحالة في ضعف العضلات أو اضمحلالها التدريجي،والتي قد تظهر منذ العام الأول للولادة. وغالباً ما يحتاج الطفل الذي يصاب بهذه الحالة إلى كرسي متحرك وذلك بسبب صعوبة اعتماد الطفل على نفسه في الانتقال من مكان إلى آخر، وتعتبر حالات وهن العضلات من الحالات الوراثية التي يصعب علاجها.

3- انحناءات العمود الفقري (Vertebral Curvatures)

وهي نوعان :

أ. انحناءات وظيفية: وهذه لا تحدث بها تشوهات مزمنة فهي قابلة للتصحيح بتغير وضع الجسم وبالتمارين.

ب. انحناءات نمائية: وهذه مزمنة وتتطلب عمليات جراحية.

وتتخذ انحناءات العمود الفقري أربعة أشكال رئيسية :

1- الجنف (Scoliosis) : هو انحناء جانبي في العمود الفقري غالباً ما يأخذ شكل حرف (C). وقد يكون الجنف خلقياً بسبب عدم اكتمال نمو العمود الفقري للجنين. وقد يكون ثانوياً بسبب أمراض وتشوهات أخرى.

2- البزخ (Lordosis) : هو انحناء العمود الفقري الى الأمام، ويحدث البزخ عادة في المنطقة القطنية من العمود الفقري، وغالباً ما ترافقه حالات اضطرابات أخرى مثل القزامة، والحثل العضلي، والشلل الدماغي.

3-الحدب (Kyphosis) : هو انحناء العمود الفقري في المنطقة الصدرية إلى الوراء. وللحدب مضاعفات جسمية، فهو قد يضغط على العظام والعضلات وأعضاء الجسم الداخلية.

4- التواء العنق (Torticollis) : هو اضطراب غالباً ما يكون مؤقتاً وينجم عن التهاب الحلق لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وقد يقتصر العلاج على طوق العنق وقد يعالج بالحرارة وبالعقاقير المؤدية لاسترخاء العضلات.

ثالثاً: الحالات التي تؤثر على صحة الفرد:

1-المرض الحاد: قد تكون خطيرة جداً أو شديدة إلا أنها تخف في حدتها وتعالج مع تقديم العلاج الطبي.

المرض المزمن: هي التي تدوم لدى الفرد أي تعتبر دائمة غير قابلة للشفاء حتى مع تقديم الوسائل العلاجية.

2- المرض العرضي: هي التي تحدث على شكل نوبات التي تتكرر بين فترة وأخرى.

3- المرض التطوري: أكثر خطورة وشدة وتزداد خطورتها وشدتها بشكل كبير مع مرور الوقت.

خصائص الأفراد ذوي الحاجات الجسمية والحركية

أ. الخصائص الجسمية

1. اضطراب في نمو العضلات والأعصاب والعظام.
2. عدم التوازن في الجلوس والوقوف والحركة.
3. هشاشة العظام والتوائها و القزامة أحياناً.
4. انخفاض أو زيادة في الوزن ومشاكل في الحجم وشكل العظام والعضلات.
5. ارتخاء في العضلات وبالتالي لا يستطيع التحكم الجيد في الأشياء.
6. عدم التآزر الحركي.
7. من الممكن أن تتبع الإعاقة البدنية مشكلات سمعية أو بصرية.

حاجات المعاقين جسمياً في ضوء الخصائص الجسمية

1. الحاجة إلى وسائل وأجهزة تعويضية كي يتمكنوا بالقيام بالأنشطة الحياتية.
2. الحاجة إلى أطراف صناعية.
3. الحاجة إلى أخصائيين في مجالات العظام والعضلات والأعصاب والنطق والكلام والإبصار بهدف تشخيص الحالات ووضع الخطط العلاجية.
4. الحاجة إلى أساليب تدريسية خاصة وتدريب على استعمال العضلات.

5- الحاجة إلى أخصائي علاج طبيعي وخبراء في مجال التأهيل المهني.

ب. الخصائص النفسية

1. الخجل و الانطواء، والاكتئاب، وعدم تقدير الذات، والإحساس بالدونية، العدوان، والخوف العجز والإحساس بالاختلاف عن الآخرين.

2. التشتت، والخوف من الآخرين والقلق.

3. عدم توكيد الذات وضبطها ومشاكل في الاتصال مع الآخرين.

حاجاتهم في ضوء الخصائص النفسية

1. الحاجة إلى الإرشاد النفسي.

2. الحاجة إلى توفير أجواء نفسية مريحة للمعاقين بدنياً.

3. الابتعاد عن أساليب العقاب البدني واستخدام تعديل السلوك.

4. تقديم التشجيع والدعم النفسي المناسب.

5. إشراكهم في خبرات سارة وإبعادهم عن الخبرات غير السارة.

6. على الأسرة أن تقوم بعرض المشاكل النفسية لهذه الفئة على الأخصائي النفسي.

ج. الخصائص الاجتماعية

1. لديهم مشكلات في عادات الطعام والملبس وقضاء الحاجة (عدم التحكم في البول ومشاكل في المثانة).

2. الانطواء الاجتماعي والعزلة وقلة التفاعل الاجتماعي والانسحاب.

3. نظرة المجتمع بالدونية لهذه الفئة.

4. تصاحب الإعاقة لازمات قد تكون محل استهجان واستهزاء الآخرين.

5. حدوث مشاكل مع الأخوة والآخرين.

6. الانسحاب والاعتماد على الآخرين.

حاجاتهم في ضوء الخصائص الاجتماعية

1. الحاجة إلى التدريب على عادات المأكل والملبس والنظافة الشخصية.

2. العلاج الاجتماعي.

3. الحاجة إلى برامج تربوية وتأهيلية لحل مشكلاتهم الأسرية والاجتماعية.

د. الخصائص العصبية

1. لديهم مشكلات تتعلق بتلف في المخ أو خلل وظيفي في مركز الحركة بالمخ.

2. لديهم مشكلات خاصة بالحبل ألشوكي ومشكلات خاصة بمجال الرؤية والسمع.

3. الاضطرابات العقلية والصرع.

4. مشكلات في القراءة والكتابة.

حاجات المعاقين جسمياً في ضوء الخصائص العصبية

1. معالجة الأمراض المصاحبة للإعاقة.

2. التغذية السليمة.

3. الاهتمام بتطعيم الأطفال ضد الأمراض (الطعم الثلاثي).

4. التأهيل والتدريب للحد من مشكلة الإعاقة.

هـ. الخصائص التربوية والتعليمية

1. لديهم مشكلات في الانتباه والتركيز والحفظ والتذكر(النسيان)والتشتت.

2. نقص في التآزر الحركي والجسمي ولديهم صعوبات في مجال التعلم ولديهم مشكلات في السمع والبصر.

حاجاتهم في ضوء الخصائص التربوية والتعليمية

1. بحاجة إلى مناهج دراسية وأساليب تعليمية مناسبة.

2. الحاجة إلى التعزيز الإيجابي والبعد عن أساليب العقاب المختلفة.

3. تجزئة المعرفة والمهارات المقدمة إليهم.

و. الخصائص المهنية

1. لا يستطيعون الالتحاق بالأعمال التي تحتاج إلى مهارات عالية.

2. لا يستطيعون القيام بالأعمال الشاقة.

3. تؤثر الإعاقة البدنية على ميول المعاقين المهنية.

الحاجات التعليمية في ضوء الخصائص المهنية: التأهيل المهني.

الفصل الثامن

8

اضطرابات النطق واللغة

Speech and Language Disorders

النمو اللغوي عند الأطفال

أولاً: مفهوم اللغة وأهميتها

تعد اللغة وسيلة أساسية من وسائل الاتصال الاجتماعي، وخاصة في التعبير عن الذات وفهم الآخرين ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي.

تعريف اللغة

هي نظام من الرموز المتفق عليها والتي تمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة.

- أقسام اللغة من حيث طبيعتها:

1- اللغة الاستقبالية Receptive Language: وهي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها.

2- اللغة التعبيرية Expressive Language: هي تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على نطق اللغة وكتابة اللغة ولغة الإشارة.

ثانياً: أشكال اللغة

عادة يقسم علماء اللغة لدى الإنسان إلى الشكلين التاليين:

أ - اللغة الغير مقطعية:

وهي تتكون من أصوات بسيطة غير مقطعية أو من حركات أو إيماءات كإيمان الوجه أو تعبيرات الوجه أثناء الحديث أو حركات الجسد أو غير ذلك من اللغات قبل لغة العيون ولغة الأذان ولغة الحركة ولغة الشم ولغة الانفعالات وهذا الشكل مشترك بين الإنسان والحيوان.

ب - اللغة المقطعية

هي عبارة عن كلمات أو جمل أو عبارات ذات مدلول ومعنى متعارف عليه من قبل أفراد الجماعة أو أفراد النوع وهي ثابتة نسبياً مثل الكلام البشري.

ثالثاً: مراحل اكتساب اللغة

أ -مرحلة البكاء Crying stage: في هذه المرحلة يعبر الطفل عن حاجاته انفعالاته بالصراخ وتمتد منذ الميلاد وحتى السنة الأولى من العمر.

ب- مرحلة المناغاة crying stage: في هذه المرحلة يصدر الطفل الأصوات أو المقاطع ويكررها وتمتد من الشهر الرابع والخامس حتى الشهر الثامن والتاسع.

ج - مرحلة التقليد Imitation stage: في هذه المرحلة يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات وتمتد من السنة الأولى من العمر وحتى عمر الرابعة والخامسة.

د- مرحلة المعاني semantic stage: ففي هذه المرحلة يربط الطفل ما بين الرموز اللفظية ومعناها وتمتد هذه المرحلة منذ السنة الأولى من العمر وحتى عمر الخامسة وما بعدها.

رابعاً: العوامل المؤثرة في النمو اللغوي

يتأثر النمو اللغوي بعدد من العوامل هي:

1- الجنس (gender) يلاحظ أن الإناث أسرع في نموهن اللغوي من الذكور.

2- العوامل الأسرية (Family Factors). يقصد بذلك ترتيب لطفل في الأسرة، والظروف الاقتصادية والاجتماعية للأسرة فالطفل الوحيد أكثر ثراء في محصوله اللغوي مقارنة مع الأطفال العديدين.

3- الوضع الصحي والحسي للفرد (physical-sensorg position) يقصد بذلك أهمية الجوانب الصحية والجسمية والحسية والسمعية للفرد وعلاقتها بالنمو اللغوي، إذ يتأثر النمو اللغوي بسلامة الأجهزة الحسية السمعية والبصرية والنقطية للفرد.

4- عملية التعلم (Learning process): يقصد بذلك أن عملية التعلم وما تتضمنه من قوانين التعزيز والاستعمال والإهمال تلعب دوراً مهماً في تعلم اللغة.

5- وسائل الإعلام (Communication media): يقصد بذلك أهمية دور وسائل الإعلام كالإذاعة والصحافة والتلفزيون في زيادة المحصول اللغوي للطفل.

6- القدرة العقلية (Intellectual Ability): يقصد بذلك أهمية الذكاء في النمو اللغوي للطفل، فالطفل الذي يتميز بذكاء عالي يفوق الأطفال العاديين والمعوقين

عقلياً في محصوله اللغوي، كما يتميز باكتسابه لغة في عمر زمني مبكر مقارنة في العاديين والمعوقين عقلياً.

خامساً: الفروق الفردية بين الأطفال في تطور اللغة

يمكن حصر الفروق التي تؤثر في اكتساب اللغة في مجموعتين:

1- مجموعة مصادر شخصية تنبع من ذات الطفل.

2- مجموعة اجتماعية تنبع من إثارة الأفراد الآخرين المحيطين بالطفل للتحدث المصادر الشخصية.

أ- المصادر الشخصية

1- **النضج البيولوجي:** تعتمد مهارات اللغة إلى حد كبير على النضج البيولوجي حيث تتطلب التطور الملائم لمناطق الدماغ الخاصة بالكلام والتي تتحكم بآليات ربط الأصوات والأفكار وإنتاج الكلام، والطفل الذي تتطور لديه مناطق الدماغ المهمة للكلام واللغة قبل غيره من الأطفال الآخرين فإنه يتفوق عليهم في نموه اللغوي.

2- **الذكاء:** الأطفال ذوي نسب الذكاء العالية يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر ولكن الأقل ذكاء.

3- **الصحة:** الأطفال الذين يتمتعون بصحة جيدة يتفوقون في نموهم اللغوي على الأطفال المماثلين لهم في العمر والضعاف صحياً.

4- **الرغبة في التواصل:** الطفل الذي تكون رغبته في التواصل مع الآخرين قوية يزداد لديه الدافع لتعلم اللغة بقدر أكبر مما يحدث لدى الطفل الذي لا تتوفر لديه رغبة في التواصل.

5- **الشخصية :** الطفل الذي يتمتع بشخصية متكيفة يميل للتحدث بشكل أفضل نوعاً وكماص من الطفل الذي لا يتمتع بتكيف نفسي سليم.

ب- المصادر الاجتماعية

1- **إثارة الطفل للكلام:** كلما ازدادت إثارة الطفل للكلام ازداد تحسن نموه اللغوي إلى حد كبير بالنسبة للنمو اللغوي للطفل المماثل له في العمر ولا يجد مثل هذه الإثارة.

2- **أساليب المعاملة الاستبدادية:** أن معاملة الأطفال بالأسلوب الاستبدادي الذي يفرض عليهم قضاء معظم وقتهم صامتين يحرمهم من الإثارة للكلام وبذلك يعيقهم

من اكتساب اللغة على عكس الأطفال الذين يعاملون بالأساليب التي تتيح لهم التعبير عن كل ما يريدون عنه.

نظريات اكتساب اللغة

لقد صاغ علماء النفس مجموعة من الفروض أو النظريات تضع في اعتبارها عناصر خاصة للنمو اللغوي تتراوح من الأسباب البيولوجية إلى النظريات التي تؤكد على خبرات الأطفال في البيئة، وعلى الرغم من أن كل نظرية تؤكد على بعد معين في نمو الطفل واكتسابه اللغة إلا أن غالبية المنظرين يعتقدون أن الأطفال لديهم استعداد وتهيؤ بيولوجي لاكتساب اللغة، ولكن طبيعة الخبرات يتعرضون لها مع اللغة إلى جانب نمو قدراتهم المعرفية تلعب دوراً في تشكيل كفاءة الأطفال اللغوية. وفيما يلي عرض لإبراز النظريات:

أولاً: النظرية السلوكية Behaviroristic theories

تفترض النظرية السلوكية عامة أنه ينبغي أن تولي الاهتمام بالسلوكيات القابلة للملاحظة والقياس ولا يركزون اهتمامهم على الابنة العقلية أو العمليات الداخلية التي تود الابنة اللغوية والمشكلة الأساسية في هذا المنظور هي أنه نظراً لأن الأنشطة العقلية لا يمكن أن ترى فأنها لا يمكن أن تعرف أو تقاس.

فالسلوكيون لا ينكرون وجود هذه العمليات العقلية، ولكنهم يرون أن السلوكيات القابلة للملاحظة مرتبطة بالعمليات الداخلية أو الفسيولوجية، يرون أنه لا يمكن دراسة ما لا يمكن أن تلاحظه ومن ثم فالسلوكيين يبحثون عن السلوكيات الظاهرة التي تحدث مع الأداء اللغوي. فهذا" واطون وسكنر" و"بوهاثون" يعتقدون أن اللغة متعلمة، فهم لا يرون أن اللغة شيء فريد مميز بين السلوكيات الإنسانية، ويرى وُاطون" أن اللغة في مراحلها المبكرة هوي نموذج بسيط من السلوك إنها عادة. ويرى السلوكيون أن اللغة هي شيء يفعله الطفل وليس شيء يملكه الطفل. ويرون أن اللغة متعلمة وفقاً لنفس المبادئ المستخدمة في تدريب الحيوانات ومثل سلوكيات الحيوانات المتعلمة هذه، فإن السلوك اللغوي متعلم بالتقليد والتعزيز.

ومن أبرز أوجه الاختلاف مع السلوكية أن الطفل يكون سلبياً خلال عملية تعلم اللغة، فالطفل يبدأ الحياة بمخزون لغوي خاوي ثم يصبح الطفل مستخدماً للغة حينما تمتلئ الجعبة بالخبرات التي توفرها النماذج اللغوية في بيئته.

مفاهيم النظرية السلوكية

لاشك أن التعزيز والتقليد يلعبان دوراً في النمو اللغوي إلا أنه بالرغم من ذلك فإنه من الصعوبة أن ينظر إليهم باعتبارها التفسير الوحيد لنمو الطفل اللغوي، ومن أبرز جوانب القصور في هذه النظرية هو الافتراض من أن الطفل يلعب دوراً سلبياً في اكتساب اللغة.

ثانياً: النظرية الإدراكية أو المعرفية (Cognitive)

أن الطفل يتعلم التراكيب اللغوية عن طريق تقدير فرضيات معينة مبنية على النماذج اللغوية التي يسمعها، ثم وضع هذه الفرضيات موضع الاختبار في الاستعمال اللغوي وتعديلها عندما يتضح له خطؤها تعديلاً يؤدي إلى تقريبها تدريجياً من تراكيب الكبار إلى أن تصبح تراكيبه مطابقة لتراكيبهم، أي أن الطفل يستخلص قاعدة لغوية معينة من النماذج التي يسمعها ثم يطبق هذه القاعدة وبعد ذلك يعدلها إلى أن تطابق القاعدة التي يستعملها الكبار فمثلاً: الطفل العربي يستخلص قاعدة التأنيث في العربية من نماذج مثل: كبر كبيرة، طويل – طويلة.. الخ فيطبقها على أحمر فيقول أحمره، ثم يكتشف خطأ هذا التطبيق في المثال في فترة لاحقة فيعدل القاعدة بحيث تنطبق على مجموعة من الأسماء والصفات وينشى أخرى.

وما قيل عن قواعد تركيب الكلمة ينطبق على قواعد تركيب الجملة، ورغم أن الطفل لا يعرف المصطلحات "صفة" "فعل" "أداة نفي" "واو الجماعة"...الخ. فإنه يستطيع تمييز الاسم من الفعل ومن الصفة، والفرد من الجمع. ويستطيع تجريد السوابق واللواحق في الكلمة، واستخلاص القواعد الصرفية والقواعد النحوية ولذلك فهو يستعمل أداءه التعريف مع الأسماء والصفات ولكنه لا يستعملها مع الأفعال ويستعمل" نون الوقاية" مع الأفعال فيقول: ضربي، أعطاني ولكنه لا يستعملها مع الأسماء.

ثالثاً: آراء في اكتساب اللغة

هناك بعض الآراء ووجهات النظر المختلفة في اكتساب اللغة في هذا المجال:

1- **واطسون watson واكتساب اللغة:** يلخص واطسون المراحل التي يمر بها الطفل حتى ينطلق الكلمة فيما يلي:

أ- **المرحلة الأولى:** عندما يصدر الطفل صوتاً وليكن (وا) فإنه يحفز نفسه على المستوى السمعي وعلى مستوى الإحساسات الحركية الداخلية ولكن هذه الحوافز تقتضي جواباً وهذا الجواب هو النطق من جديد بالمقطع (وا)

ب- **المرحلة الثانية**: إذا مضى بعض الوقت فإن إصدار الوقت (وا) يمكن أن يستأثر بالحافز السمعي الحركي الداخلي وهو ضرورياً وهذا ما يتيح للمحيطين بالطفل أن يتدخلوا لحمله على تكرار الصوت (دا). والطفل الذي يكرر إصدار هذا القطع لا يقلد وهنا تكون العلاقة بين الطفل والمحيطين به محدودة جداً.

ج- **المرحلة الثالثة**: عندما يقدم الطفل مصاصة حليب، وينطق المقطع (دا) مع كل مرة تقدم فيها المصاصة، عندها يعمل الطفل إلى تكرار هذا المقطع لدى رؤية المصاصة.

د- **المرحلة الرابعة**: يرى واطسن أن رؤية الشيء فيما بعد لن تكن ضرورة لإثارة لفظ الكلمة، إذ يرى أن الكلمة حركة أو إشارة تتم في حضور الشيء أولاً ثم في غيابه.

2- **جون ديوي (Dewey,john) واكتساب اللغة**: يرى ديوي أن الكلام لدى الطفل يبدأ بالطبع مجرد أصوات وأنغام خالية من أي معنى أو تعبير أي أنها لا تحمل فكرة ما، وهذه الأصوات ما هي إلا نوع من المنبهات ، فلفظ "قبعة" يبقى خالياً من المعنى كأي صوت إلا إذا لفظ مقروناً بعمل قد اشترك فيه نفر من الناس. فلما تصطحب الأم الطفل إلى خارج تدارها تضع شيئاً فوق رأسه وهي تقول له قبعة، ففي خروج الطفل مع أمه لذة له، بل أن كليهما يهتم في ذلك لأنها يمتعان به معاً، مكتسب كلمة " القبعة" لدى الطفل المعنى نفسه الذي تفهمه منه أمه باقترانها بمختلف العوامل التي تدخل في نشاطهما، وإذ ذاك تتحول الكلمة إلى رموز لنوع العمل الذي اقترنت به.

على أن الحقيقة المجردة هي أن اللغة تتألف من جملة أصوات يفهمها عدد من الناس كافية للدلالة على أن معنى اللغة يعتمد على اقترانها بخبرات مشتركة بين الناس.

ويشير (ديوي) أن الوسط الاجتماعي يعمل على تكوين العادات اللغوية إذ أن أساليب الكلمة الأساسية والجانب الأكبر من المفردات اللغوية تتكون من سياق الحياة المعتادة بسبب كونها ضرورة اجتماعية، والطفل كما يقول الناس يتعلم لغة أمه.

3- **سكينر skinner واكتساب اللغة**: يرى سكنر أن اكتساب اللغة يتم في الوسط الاجتماعي بطريق المثير والاستجابة، وهو الذي أدخل مفهوم السلوك الأدائي فأشار إلى أن السلوك اللفظي يمثل المستوى الأدائي، وعرفه بأنه السلوك التلقائي الذي يمكن أن يدعم أو دعم فعلاً متمايز بالاشتراط الو سيلي فالسلوك اللفظي التلقائي عند الطفل يمكن أن يخضع في نظر سكنر لعملية تدعيم اجتماعي، فالطفل يتعلم هنا أن أحداث بعض الأصوات التي تشبه ظاهرياً على الأقل بعض الأصوات المقبولة اجتماعياً لبعض الكلمات

مثل (لبن) أو (ماء) يؤدي إلى استجابة بالتشجيع ومن ثم تقوي هذه الأصوات أو الكلمات أما الأصوات أو الكلمات الأخرى التي لا تكافئ بهذه الصورة فإنها تنطفئ ويمكن أن يمتد هذا التفسير الذي ذهب إليه (سكنر) ليشمل الظواهر اللغوية كلها. فالطفل يميل إلى تعلم الاستجابة التي تدعم سواء أكان التدعيم بطريق الثواب المباشر الذي يؤدي إلى خفض حدة التوتر أم كان بطريق بعض الأدلة الثانوية غير المباشرة للثواب النهائي. أما الاستجابات التي لا تدعم فتميل إلى الانطفاء والاختفاء من حصيلة استجابات الطفل، والاستجابات المتضمنة في هذه الأحداث قد تكون استجابات مباشرة لمثيرات خارجية، أو قد تكون استجابات أولية "كالمناغاة" فتتار داخلياً إلى حد ما. ويقول سكنر عن الذخيرة اللفظية لدى الطفل أو المتكلم (نلاحظ أن المتكلم يمتلك ذخيرة لفظية، بمعنى أن أنواعاً مختلفة من الاستجابات تظهر من وقت لآخر في سلوكه على ارتباط بظروف يمكن تحديدها ويشير تعبير" الذخيرة اللفظية" على أنها مجموعة من الاستجابات الإجرائية اللفظية إلى السلوك المحتمل للمتكلم.

4- جون كارول (Carrol,john) واكتساب اللغة: ينطلق جون كارول من أن الطفل في أثناء نموه اللغوي يتعلم أي الاستجابات اللفظية أو الحركية سوف توصله إلى ما يريده، أو تبعده عما يكره، وأي استجابات الآخرين يمكن أن تتخذ أدلة لما يريد ولما لا يري. وتكون الاستجابات المتضمنة في البدء عامة جداً وشاملة ولكنها تتمايز بالتدريج وتتشكل، والطفل يتعلم أن يقلد استجابات الآخرين ولكنه يتعلم محاولة القيام باستجابات جديدة وارتباطات بين الاستجابات، كمنا يحاول التعميم أيضاً.

والأخطاء البارزة التي قد يقع فيها الطفل أحياناً إنما هي نتيجة إخفاقه في تعرف الفروق الحساسة في الصورة والشكل والمعنى، أو هي نتيجة المشابهة الخادعة الخاطئة التي يقع فيها نتيجة عدم الانتظام والثبات في اللغة.

اضطرابات النطق والكلام

أولاً: تصنيف اضطرابات النطق والكلام

إن هناك تصنيفات متعددة لاضطرابات النطق والكلام تختلف حسب الأسس التي يعتمد عليها في التصنيف فمن الباحثين من يصنف الاضطرابات الكلامية إلى اضطرابات يرجع أساسها إلى عوامل عضوية واضحة orgonicمثل الأفازيا أو احتباس الكلام، أو إلى اضطرابات ترجع إلى عوامل وظيفية functionalمثل فقد الكلام الهستيري

Aphonia، والأسباب العضوية غالباً ما تكون إصابة من أجزاء جهاز الكلام بما في ذلك جهاز السمع.

والأسباب الوظيفية غالباً ما ترجع إلى عوامل تربوية ونفسية أو اجتماعية، إلا أن ذلك لا يمنع من وجود عوامل عضوية ووظيفية معاً في الاضطراب. وهناك أيضاً تصنيفات أخرى مثل تصنيف هاريسون Harisson الطبي الذي يصنف اضطرابات الكلام إلى أربعة أشكال من الاضطرابات اللغوية هي:

1- الاضطرابات اللغوية الدماغية التي يحدث فيها نقص في إنتاج الكلام واللغة المكتوبة أو الكلامية) الحبسة الكلامية)

2- الاضطرابات اللغوية اللفظية مع سلامة الوظائف العقلية وسلامة فهم وتذكر الكلمات (التأتأة).

3- حمالات فقدان الصوت الناجم عن مرض في الحنجرة، أو في أعصابها، مما يسبب عسره الصوت.

4- إضطرابات كلامية تحدث في الأمراض التي تصيب تكامل الوظائف الدماغية العليا.

أ - اضطرابات الكلام (speech Disorders)

وهي تدور حول محتوي الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. (جوهانسون- 1998م). واضطرابات الكلام متعددة ويمكن أن نوجز بما يلي:

1- ضعف المحصول اللغوي وتأخر الكلام لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (2-5) سنة ويطلق على هذه الحالات اسم speech or inhibited (Delayed.

2- التردد في النطق أو في الكلام (stuttering).

3- الأفازيا (Aphasia)، أو احتباس الكلام.

4- اعتقال اللسان (كما تسمي باللجلجة أو التهتهه Stutering).

5- الكلام الإنفجاري الحاد (Explosive speech)

6- بعثرة الحديث (slarring).

ب- اضطرابات النطق (Articulatlon disorders)

وهي مشكلات تتعلق بإنتاج أصوات الكلام أو طريقة نطق الحروف

1- اضطرابات إبدالية (Substitution)

2- اضطرابات تحريفية .(Distortion)

3- اضطرابات حذف أو إضافة (omissionor Addition)

4- اضطرابات ضغط (pressure)

5- عيوب نطق أخرى.

ثانياً: الأسباب العامة لاضطرابات النطق والكلام

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب الاضطرابات الكلامية تختلف حسب الأعمار، البيئات، ومعظم هذه الأسباب ترجع بشكل عام إما إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء الكلام والتنفس والجهاز العصبي وهذه بدورها ترجع إلى عوامل ولادية أو قبل ولادية أو بعد ولادته وإما تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة والتربية وعوامل التنشئة الاجتماعية أو ترجع إلى عوامل نفسية ووجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والصدمات النفسية مثلاً وجميع هذه الأسباب متداخلة ومتفاعلة مع بعض البعض وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل من العوامل المذكورة. ويمكن أن نلخص هذه العوامل والأسباب بوجه عام بما يلي:

-الأسباب العضوية

وتتلخص هذه العوامل في إصابة أحد الأعضاء المساهمة في عملية النطق والكلام فمثلاً يجب أن تتوافق عملية النطق وذلك ضروري لظهور الكلام بشكل جيد وقد أكدت الدراسات إلى أن خلل أعضاء النطق في وظيفتها وعدم التوافق بينما قد يرجع إلى اضطراب في التكوين البنيوي أو إلى إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة الدماغية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الفم أو الأنف أو الأذن أو الرئتين أو التهابات حادة أو بعض الأمراض المزمنة.

- الأسباب الاجتماعية والتربوية

ومن أهم هذه الأسباب عوامل التنشئة الاجتماعية وفقر البيئة الثقافية الفقيرة بالحديث الرفيع وبالكلام الموجه وبالتدريب المناسب للطفل كما هو الحال لدى أطفال

الملاجئ ودور الأيتام الذين لا تتوفر لديهم عوامل التربية والتدريب والتنشئة الاجتماعية والتربوية الجيدة بما في ذلك تقليد الأطفال للكلام المضطرب أو المضحك وإيجاد الأهل والأقرباء بأن الطفل لديه عاهة واضطراب في كلامه، وسوء التوافق المدرسي أو الاجتماعي أو الأسري في جميع النواحي.

-الأسباب النفسية والوجدانية

أن معظم حالات الاضطراب في النطق والكلام لا ترجع إلى أسباب عضوية كلية أو نفسية كلية فقد يكون سبب الاضطراب عضوي ونفسي معاً. فضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على تأكيد الذات وتصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة والحرمان العاطفي للطفل من الوالدين أو الخوف الشديد من الوالدين على طفلهم والرعاية الزائدة والدلال المفرط واضطراب النطق في حالة الحديث مع كبيرة أو مع جنس آخر أو أمام جماعة، من أهم الأسباب النفسية الوجدانية.

إن معظم الباحثين يؤكدون في اضطرابات الكلام على دور الأسرة عموماً والأم خاصة لأنها هي المخاطب الأول للطفل والتي تسيطر على جميع أنواع العلاقات الأسرية.

اضطرابات الكلام" النطق" الناجمة عن ضعف في القدرة العقلية لدى الطفل

أولاً: الخصائص اللغوية للمتخلفين عقلياً

لقد أجريت العديد من الدراسات حول مظاهر وخصائص النمو اللغوي عند المعوقين عقلياً ومقارنتها بمظاهر النمو اللغوي عند الأطفال العاديين، وأشارت هذه الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعوقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله.

لقد بينت دراسة سبرادلن أن أكثر المشكلات اللغوية شيوعاً لدى المعوقين عقلياً هي مشكلات النطق والتأتأة، وقلة عدد المفردات اللغوي، وضعف بناء القواعد اللغوي، وتبقى شيوع مشكلات اللغة عند المعوقين عقلياً أكثر منها عند العاديين.

وقد أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة ارتباطيه بين درجة الإعاقة العقلية ومظاهر الاضطرابات اللغوية فالأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة يتأخرون في الكلام لكنهم نادراً ما يعانون من البكم. بينما نادراً ما تخلو لغة ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة والبسيطة من اضطرابات لغوية ويشيع البكم بين الأطفال شديدي الإعاقة ويكون مستوى اللغة لدى

هذه الفئة بدائياً فهم يصدرون أصواتاً وألفاظاً غير مفهومة وكلامهم بحاجة للوضوح والمعنى والترابط.

لقد بينت الدراسات أن النمو اللغوي لدى الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً يتم وفقاً لأسس ومراحل متشابهة، إلا أن الاختلاف هو في معدل النمو، حيث أن المعوقين عقلياً أبطأ من العاديين في اكتسابهم اللغة.

كما تبين الدراسات أن الاضطرابات اللغوية متوقعة عند الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، إلا أن نسبة شيوع تلك الإضطربات أعلى لدى المعوقين عقلياً منها لدى الأفراد العاديين.

ويعتبر الكشف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريب أو علاجي مناسب، ويتم ذلك عادة من خلال إتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً).

ثانياً: الضعف العقلي وعلاقته بتأخر الكلام

تؤكد الدراسات الطبية والتربوية إلى أن أي شكل من أشكال الضعف العقلي يؤثر في تطور الكلام وفي القدرة على النطق والتعبير، وقد تبين بأن تأخر الكلام الناجم عن ضعف في القدرة العقلية يأخذ صوراً وأشكالاً متعددة، فهو إما أن يكون على شكل إحداث أصوات لا دلالة لها يستخدمها الطفل المتأخر عقلياً كوسيلة للتخاطب والتفاهم، وهو في هذه الحالة يكون أقرب للطفل الأصم، الأبكم، وإما أن يكون على شكل آخر حيث نجد الطفل وقد تقدمت به السن وتجاز مرحلة استعمال اللغة جيداً، ولكنه ما يزال يستخدم الإشارات، والإيماءات، وحركات الوجه والجسم، وهناك شكل ثالث لتأخر الكلام لدى ضعاف العقل يتجلى بشكل تعذر الكلام باللغة المألوفة التي تعودنا عليها، بل نجده يستخدم لغة خاصة ليست لمفرداتها دلالة أو معنى، وقد تثير هذه المفردات الضحك والسخرية، وتتفاوت درجة التخلف اللغوي والكلامي حسب درجات الضعف العقلي، مثلاً هناك طفل متخلف عقلياً لا يستطيع التمييز بين يده اليسرى ويده اليمنى، أو بين قطع النقود، أو أي شيء آخر، وقد يتعذر عليه فهم تعليمات اختبار ما، كما يلاحظ بوضوح ظاهرة الحذف والقلب والإبدال في الكلام، وتداخل المقاطع واستخدام ألفاظ لا علاقة لها بالموقف، مع تدخل عملية التنفس في عملية الكلام. ويلاحظ لدى بعض الحالات من التخلف العقلي كما هو الحال لدى الأطفال القزم- الكبم- والمنغرليين عدم نضج لغوي مع قبح الطريقة في إخراج

الحروف، مع تراخ في الأداء وبطء شديد، ولابد من معالجة الناحية العقلية والجسمية قبل معالجة الناحية الكلامية في مثل هذه الحالات.

إن الفرد المعاق عقلياً لابد وأنه يلاقي صعوبات في استخدام اللغة بوضعها عنصر الاتصال بين الفرد وبين أفراد المجتمع، وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك تطور نسبي يطرأ على لغة الضعيف عقلياً بحيث تصبح هذه اللغة أقرب إلى الواقع الذي يعيشه الفرد الضعيف عقلياً، ولوحظ إلى أن مفردات الفرد الضعيف عقلياً تتمحور حول الأشياء الحسية والملموسة، ولوحظ بأن بعض ضعاف العقول ينزعون في لغتهم إلى التلاعب بالألفاظ دون القدرة على إبلاغ الرسالة. وتؤكد بعض الدراسة إلى أن مستوى التفكير المنطقي هو الذي لا يتطور بسهولة لدى الفرد المعاق عقلياً، وهذا ما يجعلنا ندرك السبب في عجز الضعيف عقلياً في فلك الرموز الغوية وفهمها، وصياغتها بشكل صحيح حتى يتمكن إبلاغها للآخرين، وكذلك بجزء عن التعبير عن المفاهيم والمعاني التي تتجاوز المحسوسات وتصبح اللغة بالنسبة للضعيف عقلياً عائقاً لا يمكنه من التعبير عن حاجاته وميوله ومشاعره.

ومن المعروف عن الضعيف عقلياً أنه يميل إلى استخدام القوالب الكلامية الجاهزة، وقد أكدت على هذه الصفات اللغوية لدى المعاق عقلياً مجموعة من الدراسات ومن بين هذه الدراسة دراسة تم فيها مقارنة ثلاث معاقين عقلياً (6,12,14) سنة ومتوسط ذكائهم ما بين (50- 70) بثلاثة أطفال عاديين أعمارهم (6,12,14) سنة الذكاء عندهم حوالي (100)، وانتهت هذه الدراسة إلى وجود هذه القوالب اللغوية الجاهزة لدى المعاق عقلياً. وقد أجريت في الفترة الأخيرة دراسات تركزت على دراسة التركيبات اللغوية لدى حالات الضعف العقلي العميق وقد أجريت الدراسة على عينة من المنغوليين حيث تبين له بأن اللغة هي أعمق النواحي إصابة بالنسبة لتخلف العمليات العقلية، وتتسم اللغة- بالعسر، والصعوبة، والارتباك، ورصيد ضعيف في المفردات يقتصر على تسمية الأشياء المحسوسة، أما التركيبة الكلامية فهي أشد مظاهر الكلام اضطرابا.

إن مثل هذه الدراسات أعطت الأمل للمعاقين عقلياً الذين يعتبرون أفراداً لا يرجى منهم فائدة إلى تحسين مستواهم اللغوي، وقد قامت دراسات تتعلق بكتابة المعاقين عقلياً من الدرجة المتوسطة ودور الخط في تحسين مستوى اللغة.

ثالثاً: بعض مظاهر الإعاقة العقلية وعلاقتها في اللغة - اللجلجة

مفهوم اللجلجة Stuttering

تعرف اللجلجة بأنها" اضطراب في تدفق الكلام بسلاسة بسبب أزمات توصقية وتكرارية مرتبطة بوظائف التنفس والنطق والتشكيل (الصياغة).

مظاهر اللجلجة

1- التكرار Repetitions:

إن التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة، حيث أنها أحد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه المستمع.

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجلجة إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعاً بين الأطفال الصغار جداً، وقد يكون مؤشراً.

2- الإطالات Prolongat ions :

هناك شكل شخصي آخر وهام للجلجة هو الإطالات الصوتية، حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة. ويعد إطالة الصوت شكلاً هاماً لهذا النوع من الاضطراب الكلامي، حيث إنه من النادر وجوده في كلام غير المتلجلجين.

كما أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللجلجة إذا تركت فسوف تتطور من سيء إلى أسوأ" أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلى إطالات صوتية"، ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية، حيث تبدو المشكلة في مراحلها المبكرة والعلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن.

3- التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) : Blockages

تحدث الإعاقات الكلامية بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقة الحركة الآلية للكلام، بالإضافة إلى ضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقة، وقد يصاحب هذه الإعاقات توتراً وارتعاشاً في العضلات عند نقطة الإعاقة. وقد تطول مدة الإعاقة أو تقصر تبعا لشدة الاضطرابات وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي.

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق العبارة أو الكلمة.

عـلاج اللجلجة

هناك أساليب علاجية عديدة في عملية اللجلجة نذكر منها:

1- الكلام الإيقاعي Rhythmic speech

تقوم هذه الطريقة بناء على ملاحظة أن درجة اللجلجة تنخفض حين يتكلم المتلجلج بطريقة إيقاعية.

2- تظليل الكلام speech shadowing

استخدمت هذه الطريقة كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللجلجة وأثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلجلج بصورة مرتفع القطعة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالباً ما يتحسن المتلجلج بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية.

3- تأخر التغذية المرتدة السمعية Delayed Auditory Feed (D.A.F)

4- الضوضاء المقنعة Masking Noise

إن استخدام هذه الوسيلة كعلاج، مبني على أساس أن اللجلجة تنخفض بشكل كبير عندما لا يستطيع المتلجلج سماع صوته أثناء الكلام.

رابعاً: بعض مظاهر الإعاقة العقلية وعلاقتها في اللغة - متلازمة دوان

مفهوم متلازمة دوان: هي حالة جينية ناتجة عن كروموسوم زائد في الخلية، هذا يعني أن صاحبها لديه 47 بدلاً من 46 كروموسوم.

وتحدث نتيجة خلل جيني يحدث في نفس وقت حدوث الحمل أو خلاله. وهي ليست حالة مرضية ولا يمكن معالجتها، إن الشخص الدوان لا توجد لديه معاناة أو ألم كنتيجة لحالته هذه.

وتحدث حالة دوان تقريباً بنسبة (1من بين 800) من المواليد الأحياء، وقابلية الحمل في طفل داون تزيد كلما زاد سن الأم وقت حدوث الحمل، وإذا كان سن الأم الحامل 25 عاماً تكون فرصتها في الحمل في طفل داون هي (1 من بين 1500) طفل، وعند سن 35عاماً تزيد الفرصة لتكون (1 من بين 300) طفل، بينما عند بلوغ سن الـ 45 عاماً تكون النسبة(1 من بين 30) طفل.

خصائص وصفات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون

يميل الأفراد المصابون بمتلازمة داون إلى قصر القامة، وعيونهم لها شكل مميز ذات ثنيات منتفخة، الثلث الأوسط من الوجه المحتوي على الأنف يمكن أن يكون صغير، وأحياناً يظهر اللسان بحجم كبير غير متناسب مع تجويف الفم، ولذلك فإن مظهرهم مميز، ولكن درجة الاختلاف تختلف نسبياً من شخص لآخر.

حالة الداون ليست حالة طبية وليست لها في حد ذاتها تدخلات طبية، ومع ذلك نجد كثير من الأشخاص المصابون بمتلازمة داون سريعي التأثر بعدوى الصدر للجهاز التنفسي ونزلات البرد، والتي يمكن أن تعالج بواسطة طبيب ممارس عام، وإن حوالي (40%) من المواليد الداون لديهم عيب خلقي في القلب منذ الولادة، الأغلبية يصابون بثقب في القلب أو بصمام تالف، في حالات كثيرة يمكن علاج ذلك عن طريق الجراحة.

الكشف عن حالات الداون:

من الممكن الكشف عن وجود حالة داون بالنسبة لطفل لم يولد بعد. لا يتم إجراء الفحص الروتيني لاكتشاف حالات الداون إلا إذا كان عمر الأم الحامل لا يقل عن 35 عاماً، وفي معظم المناطق لا يتم قبل سن 37 عاماً.

هناك أسباب كثير لذلك يرتبط جزء منها بالتكلفة، والجزء الأهم هو أن الإختبارين المعتمد عليهم في اكتشاف حالات الداون هما تحليل عينة من السائل الأمنوسي وعينة من المشيمة والتي قد تشكل نسبة من الخطورة في حدوث إجهاض للأم الحامل وهي خطورة أكبر من وجود حمل في طفل داون، وخاصة إذا كانت الأم أقل من 37 عاماً، إن اختبارات الدم التي تطورت حديثاً لا تحمل هذه المخاطرة ولكنها قد تشير فقط إلى احتمالات وجود حالة طفل داون.

الطفل واللغة

الطفل ليس الوحيد الذي يعاني من مشاكل في اللغة بل كثير من الأطفال لديهم مشاكل في اللغة وليسو من الأطفال. وإن مراحل التطور الطبيعي بالنسبة للأطفال الداون تبدو مماثلة لمراحل التطور الطبيعي للأطفال العاديين، ولكن لديهم بعض المناطق التي تتميز بالصعوبة، والتي تتلخص فيما يلي:

1- اللسان: من المعروف أن حجم اللسان قد يكون كبير بالنسبة للفراغ الذي يجب أن يشغله ويميل لأن يكون له طرف دائري وليس مدبباً. تمارين اللسان مملة بما تعنيه كأسلوب مباشر لتمارين الكلام.

2- الشفاه: نفخ الفقاعات بواسطة لعابهم مع جعل شكل الوجه في وضع التقبيل- وينمو هذا عادة بشكل طبيعي. توسع في هذا الموضوع عن طريق نفخ فقاعات الصابون في الحمام فنفخ قطع من الورق على المائدة في صورة سباق بين وبين الطفل الخ وذلك لزيادة حركة الشفاه

3- الأصوات: أغلب الألعاب تحتوي على أصواب بدلاً من الأصوات العادية يمكن عمل صوت طلبة أو مسدس أو فقعات، عربات كل الحيوانات لها أصوات ويمكن تقليد هذه الأصوات لإعطاء الطفل إذن مستمعه لأصوات الكلام.

4- اللغة : عند تحدثك مع طفلك، تذكر أن ثرثرة أهل البيت العادية الغير منظمة سوف تؤخر ولن تساعد، والتحدث مع الطفل يعني الكلام مع الطفل نفسه كلاماً مباشراً وليس الكلام الغير مباشر. الطفل الداون يجد صعوبة كبيرة في التفرقة بين المباشر والغير مباشر في الكلام وسوف يصبح مشوشاً بسهولة.

علاج النطق والكلام عند ذوي الإعاقة العقلية

يتميز الطفل المختلف عقلياً بقصور النواحي اللفظية لديه، ولما كانت اللغة تحتل مكاناً كبيراً في عملية التكيف فإن الطفل المختلف يجسد صعوبة في تكيفه الاجتماعي ولذلك فإن علاج عيوب النطف والكلام وعلاج اللغة لدى المتخلف عقلياً يؤدي بالضرورة إلى زيادة تكيفه النفسي والاجتماعي ولا تختلف عيوب النطق والكلام عند المتخلفين عقلياً عنها لدى الأسوياء في الذكاء، إلا أن نسبة انتشارها بين المتخلفين أكثر منها عند الأسوياء وكلما زادت درجة التخلف العقلي زادت شدتها.

ولاشك أن البرامج العلاجية لعلاج عيوب النطق والكلام مع المتخلفين عقلياً لها ولادتها وبالرغم من أن معظم هذه البرامج بغير حالات التخلف العقلي الخفيف والمتوسط إلا أنه غير متأكد بعد ما إذا كان التحسن في النطق والكلام يحدث نتيجة لهذه البرامج وحدها أم نتيجة للنضج الذي يجده خلال فترة العلاج.

وقد أوضح كثير من الباحثين أن هذه البرامج العلاجية يكون لها فائدة محققة، ولكن الأمر لا يتوقف عند علاج العيوب فقط بل أنه اتضح أن العوامل البيئة المختلفة وهي التي تؤثر بالإيجابية أو السلبية في قيمة العلاج، حيث يصرف علاج النطق إلى التوصل إلى التكيف الاجتماعي للفرد فالمعالج يصحح الكلام ويعطي الطفل فرصة للتفاهم مع الغير والتعبير عن أفكاره ومشاعره وتنمية مفرداته وتوضح له المفاهيم والكلمات وبذلك يصل الطفل في النهاية إلى تحسين علاقاته الاجتماعية مع الآخرين وأهم ما يميز علاج عيوب النطق والكلام ونمو اللغة هو إمكان إدماج النشاط اللغوي في المواقف المختلفة التي يتعرض لها الأطفال في الفصول الخاصة أثناء تعليمهم أو تدريبهم.

وهناك ما يعرف بالبروفيل النفسي اللغوي والذي يعطي صوره كاملة عن النطق والكلام والنمو اللغوي عند الطفل، ومن دراسة البروفيل النفسي اللغوي يمكن رسم خطة علاجية لتقوية مواطن الضعف اللغوي عن الطفل. هذا وقد استحدث برنامجاً لغوياً يتكون من (180) درساً للعناية بكل النواحي اللغوية وتنميتها بطريقة منطقية وتسلسلية، هذه الدروس تضمن صوراً للمشاهدة وأحاديث وأسئلة مسجلة وقصص. ويسمى الجهاز باسم جاهز يؤدي إلى تنمية النواحي اللغوية.

الشروط الواجب مراعاتها عن تعليم النطق للطفل

1- أن تكون الكلمات أو الجمل مقرونة بالوسائل التعليمية التي تدل على مدلولها ومعناها بصورة واضحة.

2- أن يراعي تكرار استعمال الكلمات مقرونة بوسائل الإيضاح اللازمة حتى تتم عملية الربط بين الكلمة ومدلولها.

3- إتاحة الفرصة للطفل لتعلم كلمات مختلفة حول موضوع معين مثل الطيور.. الحيوانات.. الملابس.. ليدرك الطفل معاني الكلمات.

4- يمكن استغلال هذه التدريبات في إعداد الطفل للقراءة بحيث تكون وسيلة الإيضاح مقرونة ببطاقة مكتوب عليها اسم الشيء نفسه.

5- توفير وسائل ثقافية في المدرسة لزيادة خبرات الطفل وأفكاره ومساعدته على التعبير عن هذه الأفكار بالنطق.

الإجراءات التدريبية للأطفال والذين يعانون من اضطرابات في النطق

1- الضبط والمراقبة الذاتية من قبل الطفل نفسه.

2- التمييز بين لفظ الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات وبين لفظ الآخرين لنفس الأصوات لكي يدرك الفرق ثم يحاول تصحيح نطقه.

3- يجب أن يكون المعالج أو مدرب النطق نموذجاً مناسباً من الناحية اللغوية.

4- استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي للنطق الصحيح.

دور المعلم

1- على المعلم أن يكون واعياً بألفاظ ونطق تلاميذه الصحيحة والخاطئة.

2- مراعاة الفروق الفردية اللغوية.

3- الاستفادة من وسائل النطق بالوسائل التعليمية.

4- مراعاة مهارات تعليم الأطفال فيما يتعلق باستخدام الإيماءات أو الإشارات أو النماذج الكلامية.

دور الأسرة

1- يجب رعاية النمو اللغوي عند الطفل ورعايته وإتاحة الفرقة لمخاطبته، ويجب إحاطة الطفل بالرعاية والعطف.

2- يفضل عدم تصحيح الأخطاء اللغوية.

3- تشجيع الطفل على الكلام والتحدث والتعبير بطلاقة والاهتمام بالصور والرسومات.

4- العمل على متابعة مراحل نموه اللغوي بشكل صحيح.

علم أمراض النطق واللغة pathology language –speech

هو العلم الذي يختص بدراسة وتقييم اضطرابات التواصل البشري، وهي اضطرابات النطق واللغة والصوت واضطرابات الفصاحة (التأتأة) واضطرابات البلع. وهو من العلوم الحديثة نسبياً والذي تشكل وانتشر بشكل واسع بعد الحرب العالمية الثانية وخاصة في بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية. ويسمى الأخصائي الذي يعمل في هذا المجال: أخصائي علاج النطق واللغة language therapist –speech أو أخصائي علم أمراض النطق واللغة language pathologist –speech. حيث يتلقى هذا الأخصائي شهادة علمية

أكاديمية لا تقل عن البكالوريوس في أوروبا، والماجستير في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، يتلقى فيها دراسة نظرية وتطبيقية في مجال تقييم وعلاج اضطرابات النطق واللغة. هذا ويعمل أخصائي علاج النطق واللغة في العديد من الأماكن وإن كانت المدارس والمستشفيات، ومراكز التأهيل هي أكثر الجهات استقطاباً لهؤلاء الأخصائيين. وتتقسم أمراض النطق واللغة.

الفصل التاسع

9

اضطراب التوحد

Autistic disorders

تعريف التوحد

التوحد هو إعاقة في النمو تستمر طيلة عمر الفرد و تؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص و يقيم صلة بمن هم حوله. و يصعب على الأطفال و على الراشدين المصابين بالتوحد إقامة صلات واضحة و قوية مع الآخرين. وعادة لديهم مقدرة محدودة لخلق صداقات ولفهم الكيفية التي يعبر فيها الآخرون عن مشاعرهم.

وعلى الرغم من أنه قد تم التعرف على مرض التوحد في سنة (1943)، إلا أن هذا المرض ما زال إعاقة غير معروفة نسبيا. لا يعتبر الشخص المصاب بمرض التوحد معاقا جسديا بنفس الطريقة لشخص آخر مصاب بالشلل الدماغي: فهم لا يحتاجون إلى كرسي متحرك و - تبدو- هيئتهم كهيئة أي شخص غير معاق. و نظرا لهذه الطبيعة اللامرئية يصبح أمر رفع الوعي العام و فهم هذه الحالة أكثر صعوبة، لأن الطفل المصاب بالتوحد يبدو - طبيعيا- فيفترض الآخرون أنه طفل شقي أو أن والديه لا يتحكمان فيه و يعلق الغرباء مرارا على هذا الفشل

وتُعرّف الجمعية الأمريكية للطب النفسي «التوحد» بأنه: «أحد أشكال اضطرابات النمو العامة التي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر»، وتضم الصورة الإكلينية له: «قصور التواصل اللفظي والنشاط التخيلي، وقصورًا نوعيًا في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وإظهار مدى محدود جدًا من النشاطات والاهتماماتش. أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرفه على أنه: «إعاقة في النمو تتصف بكونها شديدة ومزمنة، تظهر في السنوات الأولى من العمر، وتعتبر محصلة لاضطراب عصبي يؤثر سلبًا في وظائف المخ». وهو اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة (Syndrome)، تتضمن على ما يلي:

1- اضطراب في سرعة النمو.

2- اضطراب في الاستجابات للمثيرات الحسية.

3- اضطراب في التخاطب وفى اللغة وفى البنية المعرفية.

4- اضطراب في التعلق والانتماء والتفاعل الاجتماعي الطبيعي مع أفراد الأسرة وغيرهم.

5- نقص في الأنماط الحركية التي يتم ممارستها.

6- تكرار النمط الحركي الواحد مرات عديدة.

7- تكرار اللفظ الواحد أو العبارة القصيرة الواحدة مرات عديدة.

وقد ورد في تعريف الجمعية الوطنية للأطفال المتوحدين National Society for Autistic Children (NSAC) الثالث عام (1978) أن هذه الاضطرابات أو معظمها خلال الشهور الثلاثين الأولى من حياته، وتستمر معه معظم سنين حياته، مع إحراز بعض التحسن مع التقدم في السن عاماً بعد آخر.

وقبل ذلك في عام 1943 كان فضل السبق للباحث (Kenner) للانتباه لهذا الاضطراب وتمييزه عن غيره من الاضطرابات النفسية وتم تسميته وقتها بالتوحد المبكر في الطفولة وإن صنفه آخرون ضمن ذهان الأطفال، وبعده آخرون من أتباع مدرسة التحليل النفسي بأنه – مظهر غير سوى لنمو الأنا- .

نسبة انتشار التوحد

في أوروبا تشير الإحصائيات أن نسبة حدوث التوحد تصل إلى 3-4 حالات لكل عشرة آلاف ولادة، وتزيد لتصل إلى حالة لكل 500 ولادة في أمريكا، كما أنه يصيب الذكور ثلاثة أضعاف إصابته للإناث.

علامات الإصابة بإعاقة التوحد

1. الكلام في الحديث مكرر ومتكلف.
2. الصوت يكون غير معبرا أو يعكس أياً من الحالات الوجدانية أو العاطفية.
3. تمركز الحديث عن النفس. أما عن أعراض التوحد التي اتفق عليها معظم العلماء فهي كالتالي:

أعراض اضطراب التوحد

تم رصد حوالي خمسة نماذج للتوحد، للنموذج التقليدي الشائع منهم الأعراض التالية:

1- انشغال الطفل لساعات متتالية باهتمامات ونشاطات لا يمل تكرارها (الطفل الاجتراري)، يسلك خلالها بطريقة روتينية وكأنه يمارس طقوساً هامة لا يحيد عنها، كأن يجلس على أرضية الغرفة (وربما وجهه نحو الحائط) ويقلب بيديه إحدى أدوات اللعب المألوفة له أو الجديدة عليه، وقد يردد أثناء ذلك كلمة أو عبارة قصيرة بعينها مرات

لا نهائية العدد لدرجة تصيب المستمعين بالضجر الشديد فإذا نهروه فإنه قد يردد نفس كلماتهم وكأنها تحدث صدى حين ترتطم به، وإذا حاولوا إغراءه بالطعام فغالباً لا يستجيب، وإذا اشتدوا معه فقد يتوقف عن هذا العمل - الإجترارى- وتنتابه نوبة هياج عصبي وحركي يمارس خلالها أعمالاً عدوانية على الذات أو على المخالطين له.

2- بناء على ما سبق فإنه لا يوفر وقتاً للاختلاط بغيره من البشر صغاراً أو كباراً، لذلك فإن خبراته الاجتماعية ضعيفة للغاية، فلا يخرج عن تمركزه حول ذاته، ولا يتعاطف مع غيره، ومن هنا جاءت تسميته - بالطفل الذاتوى- ، و- التوحدى- لتوحده مع نفسه دون التوحد النفسي مع نموذج بشرى كالأب أو كالأخ الأكبر بعكس ما يفعله الأطفال العاديون

3- وبناء على ما سبق أيضاً فإنه لا يمارس اللغة كوسيلة اتصال فعالة إرسالاً واستقبالاً مع الغير (خاصة الأم) إلا نادراً، والنتيجة قصور في التعرف على مفردات اللغة وتركيبها وقواعدها ونقص شديد في الحصيلة اللغوية، فيسمعه المخالطون يتفوه بكلمات مشوهة وبعبارات قصيرة مختلة في ترتيب كلماتها، وخالية من الضمائر كان يقول: - الكرسي فوق الكتاب- وقد دلت الدراسات على أن حوالي 50% من صغار المصابين بالتوحد ينقصهم الاستخدام الفعال الصحيح للغة مع تأخر في السيطرة على جوانبها المختلفة مقارنة بنظرائهم في السن، ويتحسن الموقف قليلاً إذا تم إلحاقه برياض الأطفال وإن كان يظل على طريقته في الترديد الممل لبعض كلماته أو لما يسمعه ممن حوله دون وعى أو فهم لما يقول.

4- نادراً جداً ما يجيب عل الأسئلة التي توجه إليه أو ينظر إلى وجه من يكلمه، لذلك يظن كثير من الناس أنه مصاب بالصمم أو بضعف شديد في السمع، في حين يظن آخرون أنه مصاب بانفصام يشبه انفصام الشخصية الذي يصيب بعض المراهقين، وبالتالي اعتبروا ذلك الاضطراب إما حسياً أو عقلياً أو كليهما معاً. ويخفف بعض الآباء من تشخيص حالة التوحد ويصفونها بأنها لا تزيد عن حالة عدم اهتمام Carelessness أو على أسوأ الاحتمالات في حالة قريبة من الذهول شبه الدائم باعتبارهم يركزون على شيء واحد طوال الوقت ولا يدرون بما يجرى حولهم.

5- يكره الطفل التوحدى ويقاوم بشدة أي محاولة لإحداث تغيير في وضع جسمه، أو في أوضاع أدوات اللعب، أو في سير الأحداث التي يكررها، مثال ذلك قد يجرى ذلك الطفل في الحجرة وهو في حالة اللاوعي في مسار محدد لا يغيره ولا يسمح

لأحد بأن يضغط عليه ليغيره، ويظل هكذا ما يقرب من الساعة كاملة غير ملتفت لمن يدخل أو يخرج أو يناديه أو يأمره بالتوقف عن هذا العمل التكراري الممل.

6- قد يتقلب ذلك الطفل على فترات زمنية متباعدة ما بين الضحك والبكاء دون سبب واضح للغير (عرض عصابى)، كما أنه قد يتقلب بين حركات تكرارية، خمول زائد وهياج شديد.

7- تشترك اضطرابات نفسية أخرى مع التوحد في بعض الأعراض مثلما يحدث في اضطراب - آسبرجر/"Asperger"، لكن يكون ذكاء الطفل هنا طبيعياً، بل ربما أعلى من المتوسط، وليس لديه تأخر لغوى أو معرفي، بل قد يكون متفوقاً في إحدى القدرات كالحفظ مثلاً لكن لاحظ بعض الباحثين أن ذلك الطفل غالباً يتذكر المعلومات بحرفيتها دون فهم (حفظ أصم) دون انتقاء لما يحفظ، أما الطفل الطبيعي يختار المعلومات ذات الأهمية (الأناشيد مثلاً) ليحفظها ويسأل عن معاني كلماتها، وإن نسى بعضاً منها عند التسميع فإنه يذكرها بمعناها وليس بنصها بما يدل على اهتمامه بفهم ما يحفظ على قدر ما تسمح به إمكاناته العقلية. وهناك أعراض مرضية أخرى تظهر عند الطفل المتوحد هي:

1- الصمت التام.

2- الصراخ الدائم المستمر بدون مسببات.

3- الضحك من غير سبب.

4- الخمول التام، أو الحركة المستمرة بدون هدف.

5- عدم التركيز بالنضر (بالعين) لما حوله.

6- صعوبة فهم الإشارة، ومشاكل في فهم الأشياء المرئية.

7- تأخر الحواس (اللمس، الشم، التذوق).

8- عدم الإحساس بالحر والبرد.

9- المثابرة على اللعب وحده، وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه.

10- الرتابة.

11- عدم اللعب الإبتكاري، فاللعب يعتمد على التكرار والرتابة والنمطية.

12- مقاومة التغيير، فعند محاولة تغيير اللعب النمطي أو توجيهه فإنه يثور بشدة.

13- تجاهل الآخرين حتى يضنون أنه مصاب بالصمم، فقد ينكسر كأس بالقرب منه فلا يعيره أي انتباه.

14- الخوف من بعض الأشياء (كالخوف من صوت طائرة أو نباح كلب) وعدم الخوف من أشياء أخرى قد تكون خطرة عليه (كالجري في الشارع مع مرور السيارات وأبواقها العالية).

15- الانعزال الاجتماعي، فهناك رفض للتفاعل والتعامل مع أسرته والمجتمع، عدم اللعب مع أقرانه، عدم طلب المساعدة من الآخرين، عدم التجاوب مع الإشارة أو الصوت.

16- مشاكل عاطفية، ومشاكل في التعامل مع الآخرين.ومن النظريات المفسرة للتوحد:

أنواع التوحد

1- التوحد التقليدي - الكلاسيكي - .

2- اضطراب الاسبرجر.

3- متلازمة الريت.

4- اضطرابات الانتكاس الطفولي.

5- الاضطراب النمائي الغير محدد.

نظرية الاضطراب الأيضي

في هذه النظرية إفتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة.

هذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين GLOTINESمثل: القمح ، والشعير ، والشوفان كما الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان.

لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد.

لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

مشاكل التطور لدى الطفل المتوحد

التطور الفكري والحركي لكل الأطفال يندرج تحت مجموعات من المهارات، والطفل المتوحد لديه تأخر في اكتساب بعضاً من تلك المهارات بالمقارنة مع أقرانه، قد تتوقف بعض هذه المهارات عند حد معين، والبعض يفقد بعض المهارات بعد اكتسابها، ومن أهم تلك المهارات ما يلي:

1- المهارات الحركية: و تعتمد على العضلات الصغيرة والكبيرة، وفي أطفال التوحد يقل وجود اضطرابات حركية بالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى.

2- مهارات الفهم والإدراك: نقص الذكاء والتعلم ومشاكلها من أهم صفات التوحد، وهذا لا يعني أن جميعهم متخلفين، بل نجد بعضهم يتمتع بذكاء فوق العادي، ومع ذلك فإن الغالبية منهم لديهم صعوبات تعليمية ونقص في القدرات الفكرية.

3- المهارات اللغوية: لديهم اضطرابات لغوية بشكل أو آخر.

4- المهارات الاجتماعية والنفسية: وهي أهم الركائز في الطفل المتوحد، فهناك جفاء وانعزال عن مجتمعه، وانطواء على النفس.

1- مشاكل التطور النفسي

التأثيرات النفسية عادة ما تظهر مجموعة منها في نفس الوقت وبدرجة كبيرة وشديدة، وتلك علامة مميزة للتوحد، فالأطفال المتوحدون يظهرون علامات تأخر النمو وبطء اكتساب المهارات، بالإضافة إلى بطء.

2- التطور الحركي والفكري، و من مشاكل التطور النفسي والسلوكي:

أ. صعوبة الارتباط الطبيعي مع المجتمع والمكان

ب. عدم القدرة على استخدام اللغة والكلام للتواصل مع الآخرين.

ج. القيام بحركات مكررة غير ذات معنى أو جدوى

د. القيام بحركات مميزة وفريدة

3- مشاكل في التطور السلوكي والاجتماعي

عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي يعتبر من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، فبعض الرضع والأطفال المصابين بالتوحد أو اضطرابات التطور العامة غير المحددة (PDD-NOS) يميل إلى تجنب التّماس النظري، كما يظهر القليل من الاهتمام بالصوت البشري، وعادة لا يرفعون أيديهم لوالديهم من أجل حملهم كما يفعل أقرانهم، يظهرون غير مبالين وبدون عاطفة، وقليلاً ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدين أن طفلهم أصم، والأطفال الذين لديهم القليل من نقص التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية أو الثالثة من العمر.

في مراحل الطفولة المبكرة قد يستمر الأطفال المتوحدون في تجنب التلامس النظري ولكن يستمتع بالمداعبة أو يتقبل الاحتكاك الجسمي بسلبية، لا ينمو لديهم سلوك المودة والترابط، كما أنهم لا يتبعون والديهم في المنزل، ولا يحسون بالانفصال عند ابتعاد والديهم عنهم، كما أنهم لا يخافون من الغرباء.

الكثير منهم لا يبدون اهتماما بأقرانهم أو اللعب معهم وقد ينعزلون عنهم.

في مرحلة الطفولة المتوسطة، تظهر لديهم المودة والاهتمام بالوالدين وبقية أفراد العائلة، مع استمرار المشاكل الاجتماعية، مثل مشاكل اللعب الجماعي وبناء الصداقات مع أقرانهم، إلاّ أن البعض من ذوي الإصابات الخفيفة قد ينجحون في اللعب الجماعي.

مع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عاطفيين ودودين مع والديهم وإخوانهم، ولكن مازال لديهم صعوبة في فهم تعقيدات العلاقات الاجتماعية، والذين إصابتهم خفيفة قد يرغبون في بناء صداقات ولكن مع ضعف التفاعل باهتمامات الآخرين، مع عدم فهم السخرية والمزاح مما يؤثر على صداقاتهم.

4- ضعف التواصل غير اللغوي

في الطفولة المبكرة، قد يشيرون للآخرين أو يجذبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة، كما أنهم لا يقلدون ما يعمله والديهم كأقرانهم.

في المرحلة الوسطى والمتقدمة من الطفولة، لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة.

هؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب، ولكن قد لا يظهرون سوى طرفي الانفعالات، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

5- ضعف التواصل البصري

إن الاعتقاد السائد أن هؤلاء الأطفال يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين، ولكن لوحظ أنهم لا يطيلون التركيز على أي شيء وليس على الآخرين، وفي الحقيقة فإنهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه أو الإشارات.

6- الرتابة ومقاومة تغيير البيئة

إن الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير، ويرفضون تغيير رتابة اللعب، هذا الرفض قد يؤدي إلى الثورة والغضب، كما أنهم يرتبون ألعابهم وأدواتهم في وضع معيّن ويضطربون عند تغييره، هذا بالإضافة إلى أنهم يقاومون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة.

يظهر الطفل اهتماما بشيء معين، كعلبة فارغة مثلاً، موجودة في مكان معين وبوضع معين، قد ينضر إليها أو يكلمها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ممل، وعند تغيير وضعها أو اختفائها فإن الطفل الهادئ قد يتحول إلى شعلة من الغضب والصراخ، وقد ينتهي الوضع بإعادة العلبة إلى وضعها مرة أخرى.

بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم المتوحد يتعود على كوب وصحن معين، ويرفض تغييره، بل أنه ينفعل عند عدم وجوده، كما أن بعض الأطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة مسارها لظروف طارئة، وهكذا فإن الرتابة في جميع السلوكيات اليومية هي السمة البارزة في الطفل المتوحد.

بعض الأطفال يظهرون ارتباطا شديداً مع بعض الأشياء غير العادية، ويرغبون بالاحتكاك به طوال الوقت كقطعة سلك أو ورقة شجر، ويقاوم إبعاده عنه.

بعض الأطفال الأسوياء يظهرون عاطفة وارتباط تجاه بعض الألعاب والأشياء (لعبة، عروس، سيارة)، ولكن الأطفال المتوحدون يرتبطون ببعض الأشياء ذات الدلالات الرمزية (اللعبة التي تشبه الإنسان، البطانية للدفء)، كما أن هذا الارتباط يختلف في شدته ونوعيته ووقت حدوثه عن الأطفال العاديين.

السلوكيات والطقوس التي لا تقاوم :

الحرص على القيام ببعض النشاطات على وتيرة واحدة مكررة وبطريقة صارمة، مثال ذلك الحرص على أكل نوع معين من الغذاء دائماً، القيام بحركات نمطية مكررة كرفرفة اليدين، أو حركات مميزة للأصابع (الالتواء، الرفرفة)، وبعض الأطفال يشغلون الكثير من الوقت في تذكر حالة الطقس أو تاريخ ميلاد أفراد العائلة.

7- الحركات الجسمية المكررة

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال التوحد بعمل حركات متكررة وبشكل متواصل بدون غرض أو هدف معين، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة اليقظة، وعادة ما تختفي مع النوم، مما يؤثر على اكتساب المهارات، كما يقلل من فرص التواصل مع الآخرين، ومن أمثلتها: اهتزاز الجسم، رفرفة اليدين، فرك اليدين، تموج الأصابع، وغيرها.

8- الاضطرابات الحركية

قد يكون هناك تأخر في علامات النمو الحركي الطبيعية، وقد يكون هناك صعوبة في بدء بعض المهارات، وأطفال التوحد عادة ما يكونون كثيري الحركة، وتقل هذه الحركة مع التقدم في العمر، وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسمات الوجه، رفرفة اليدين والأصابع، التواء اليدين، المشي على أطراف الأصابع، الوثب، القفز، اهتزاز الجسم، التفاف الرأس، ضرب الرأس)، في بعض الحالات فإن بعض السلوكيات تظهر، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

9- التعبيرات الانفعالية

التعبيرات الانفعالية (الصمت التام، الصراخ بدون سبب، الضحك من غير سبب) لدى بعض أطفال التوحد تكون حادة وشديدة، ولسبب غير معروف يمكن أن يصرخ أو يتشنّج في وقت، ويضحك بدون سبب في وقت آخر، الخطر الحقيقي يكمن عند مواجهة الحركة

المرورية أو الارتفاعات العالية التي قد لا تخيفه، وفي نفس الوقت قد يخاف من أشياء عادية كفرو الحيوان أو صوت جرس المنزل.

10- الخوف وعدم الخوف

أطفال التوحد يختلفون عن الأطفال العاديين في تقدير خطورة الأشياء والمواقف، فقد لوحظ أنهم يخافون من أشياء عادية كصوت الجرس مثلاً، وفي نفس الوقت نراهم يمشون في الشارع غير مبالين بأبواق السيارات وصوت الكابح.

11- سلوكيات وارتباط غير طبيعي

بعض الأطفال يكون لديهم ارتباط غير طبيعي بشيء غريب كعلبة صغيرة أو حجر، كما أن بعضهم يركز على جزء معين كالطعم أو اللون أو الرائحة.

12- التفاعل غير الطبيعي للتجارب الحسية

يظهر لدى الكثير من الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية Sensory stimuli بالزيادة والنقصان، لذلك نعتقد بأنهم فاقدي السمع والنظر، والبعض يبتعد عن أقل اللمسات وفي نفس الوقت يتمتع باللعب العنيف، عدم الإحساس بالبرد أو الحر الشديد، البعض يأكل كمية قليلة والآخر كأنه لا يشبع.

13- ضعف التطور اللغوي

الرضع لا يستطيعون الوغوغة، أو أنهم يبدؤون بها في سنتهم الأولى ثم يتوقفون، وعندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترددية في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون، (في السابق كان الاعتقاد أن الترديد المرضي بدون فائدة أو عمل، ولكن الدراسات أثبتت أنها مرحلة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات)، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالببغاء).

قد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة، فبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات، وقد يكون هناك مشاكل في

المحادثة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو، وآخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع Staccato speech.

14- المشاكل اللغوية

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال التوحد، ويعتقد الكثير من المختصين أنها من أكثر وأهم المشاكل، وهناك 50 ٪ من المتوحدين لا يستطيعون التعبير اللغوي المفهوم، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي، وهذه المشاكل العامة هي التي تحدد تطور الطفل المتوحد وتحسنه، ونوجز هنا أمثلة عليها :

- تأخر النطق وانعدامه.
- الترديد لما يقوله الآخرون.

سوء التعبير الحركي.

- كلمات وجمل بدون معنى.
- عكس الضمائر (أنا بدلاً من أنت).
- عدم القدرة على تسمية الأشياء.
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين.

15- ضعف فهم اللغة

الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه تخلف فكري فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتابعون التعليمات المصحوبة بالإشارة، أمّا من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

-التوحد والتخلف الفكري

أثبتت الدراسات أن التخلف الفكري إحدى صفات المصابين بالتوحد، ولكن على درجات مختلفة، فقد يكون تخلفاً بسيطاً (وهو الغالب) أو قد يكون شديداً، ويلاحظ أن هناك عوامل لدي الطفل تعطي انطباعاً بأن التخلف أشد من الحقيقي، فعدم التفاعل مع

المجتمع يفقده القدرة على الاكتساب المعرفي، كما أن الاضطرابات اللغوية تفقده نقاط التعبير.

الأسباب المؤدية لاضطراب التوحد

في كل عام يتم وضع فرضيات جديدة بشأن أسباب هذا الاضطراب لعدم اقتناع العلماء بكفاية أو بصحة ما سبق التوصل إليه بهذا الشأن. وكالمعتاد يتم اختيار صحة تلك الفروض فيتضح خطأ بعضها (مثل افتراض أن برودة عاطفة الأم، مع صرامة الأب وجديته هما سبب إصابة الابن بذلك الاضطراب)، في حين يتضح صحة فروض أخرى بدرجة مرتفعة أو منخفضة من الدلالة الإحصائية، من بينها الأسباب الآتية:

1- الاختلالات البيولوجية المرتبطة بالجهاز العصبي، ويؤكد صحة ذلك أن حوالي 25% من المتوحدين لهما تاريخ مرضى يتضمن نوبات صرعية، كذلك فإن ما بين 10 - 83% منهم لديه خلل في كهرباء المخ. وأن ذلك الاضطراب تصاحبه علامات غير طبيعية في خلايا بالمخ تسمى بـ- خلايا بيركنج- ، يضاف إلى ذلك أن كثيراً من المتوحدين قد عانوا خلال عملية توليدهم من نقص في كمية الأكسجين الواصل إلى المخ لأسباب متنوعة.

2- الأسباب الجينية (الوراثية) فرغم أنه لم يمكن حتى الآن تحديد المورث (الجين) المسئول عن نقل هذا الاضطراب من جيل إلى جيل، لكن ظهرت قرائن على صحة هذه الفرضية وهى أنه إذا أصاب التوحد واحداً من التوائم المتطابقة (Identical twins)فإنه لابد أن يظهر أيضاً في توأمه (المشترك معه في البويضة والحيوان المنوي المخصب لها) كذلك فإن 2 - 9% من المتوحدين لهم إخوة توحديون أيضاً.

3- الأسباب البينية ذات التأثيرات البيولوجية - النفسية على الأجنة والمواليد والرضع وهذا يشمل الأدوية التي تناولتها الأمهات خلال الحمل، والظروف الغذائية والنفسية التي صاحبت ذلك الحمل ثم الإرضاع.

4- الأسباب المرضية، حيث لوحظ زيادة احتمال حدوث التوحد للأطفال المصابين بأمراض معينة دون غيرهم من الأطفال، مثل المصابين باضطراب - الفينول كيتون يوريا/ "P.K.U"والحصبة الألمانية الولادية وزملة Congenital rubella هشاشة الكر وموسوم (x).

5- الأسباب المعرفية، حيث يعانى من ضعف في القدرة على الانتباه واستقبال المعلومات المتضمنة في المثيرات الكثيرة والمتنوعة من حولهم، مع نقص في القدرة

على تحليل المعلومات التي تصلهم وعلى فهم مضامينها، مع نقص في المرونة في معالجتها للإفادة منها في تطبيقات مفيدة.

وإتضح أن حوالي 75% من المتوحدين لديهم تخلف عقلي بدرجات متفاوتة، بجانب نقص في القدرة على تحقيق تفاعلات اجتماعية ناجحة، وهنا يظهر سؤال هام: هل هذا كله سبب في حدوث اضطراب التوحد لديهم؟ أم أنه نتيجة لإصابتهم أصلاً بذلك الاضطراب؟ أم هي مظاهر تلازم في ظهورها حدوث ذلك الاضطراب يتسبب فيها معاً عامل (سبب) آخر لم نستدل عليه بعد.. ربما خلل في كيمياء المخ أو في كهربائه، أو في التوازن الهرموني بالجسم عامة.

6- ظل الدارسون لفترة طويلة إبان الخمسينات والستينات من القرن الماضي يربطون بين التوحد والمستوى المعيشي المتميز للأثرياء والمثقفين ثقافة عالية، لكن الإحصاءات الدقيقة أثبتت خطأ هذا الرابط وأكدت أن نسبة وجوده بين كل الطبقات الاجتماعية.

الاضطرابات الحسية وكيفية علاجها لدي الأطفال المتوحدين

يتطور الإنسان وينمو ويُصبح له شخصية مميزة وكيان مستقل ووجهة نظر وقدرة على التعامل مع الحياة بكل صعوباتها من خلال العقل الذي وهبه له الله سبحانه وتعالي ولكن هذا العقل لا يعمل ولا يستطيع العمل إلا من خلال الحواس (السمع، البصر، الشم، التذوق واللمس) التي هي مصدر المعلومات التي تدخل إلى المخ ولكن هذه المعلومات التي تُرسلها الحواس لن يكون لها قيمة ولن تصل إلى المخ إلا من خلال الأعصاب التي تنقل هذه المعلومات من الحواس إلى المخ، إذن فالمخ والحواس والأعصاب الناقلة للمعلومات الحسية مثلث لابد أن تكتمل أضلاعه الثلاثة حتى يُصبح ما نراه أو نسمعه أو نشمه أو نتذوقه أو نلمسه له قيمة حقيقية وواضح بالنسبة لنا.

أما إذا كان أحد هذه الأضلاع به خلل فلن نكتسب المعلومات بشكل سليم ولن نستطيع الحياة بشكل طبيعي وسوف يتوقف أو يتأخر تطور النمو لدينا. وهذا الأمر هو ما نلحظه لدي العديد من الأطفال المتوحدين حيث نجد لديهم استجابات غير عادية وشاذة تجاه المثيرات الحسية المختلفة فاستجابتهم تتميز إما بالبرود والتبلد الشديد وإما بالحساسية الزائدة بشكل لا يتناسب مع شدة أو ضعف المُثير فتكون استجاباتهم أكثر أو أقل حدة من استجابة الأطفال الأسوياء فيما يتعلق بالمُثيرات الحسية مثل الأضواء، الأصوات، الألم، الروائح والملامس.

أنواع الحواس

هناك ثلاثة أنواع من الحواس أو الحساسية وهي الحواس الباطنية العامة المتمثلة في الحاجات العضوية والحواس الباطنية الخاصة المتمثلة في التوتر العضلي والحركة والتوازن والنوع الثالث هو الحواس المستقبلة للمنبهات الخارجية وهي المتعلقة بالبصر، السمع، الشم، المس والتذوق.

1- الحواس الباطنية العامة

هذا النوع من الحواس يظهر في حالة الأحشاء من امتلاء وإفراغ معدة، أمعاء، مثانة....، وتنتقل هذه الحواس عن طريق الأعصاب الموجودة في الأجهزة الحشوية من الجهاز الهضمي الموصلة لقشرة المخ ومن مظاهر هذه الحواس الباطنية العامة الجوع، العطش، التعب، الرعشة، الضيق، الارتياح، الإثارة الجنسية....الخ. وقد ينتج عن اختلال هذا النوع من الحواس أن يفقد الفرد التمييز بين حالتي الجوع والشبع، أو يفقد الشهية للطعام، أو البرود والتبلد أو الشعور بالتعب عند القيام بمجهود بسيط جداً أو عدم الشعور بالتعب رغم بذل مجهود شديد جداً.

2- الحواس الباطنية الخاصة

وهذا النوع من الحواس أكثر تميزاً من النوع السابق حيث أن له أعضاء خاصة لاستقبال التنبهات موجودة في العضلات والأوتار والمفاصل وكذلك موجودة في الجزء التوازني من الأذن الداخلية.

وهذا النوع من الحساسية يتأثر بالمنبهات الميكانيكية كالضغط والشدة والاحتكاك والحركة وكل هذه الأمور تتحد في حاسة الحركة والتوازن. ومن مظاهر هذا النوع من الحواس أو الحساسية الإحساس بالضغط العميق والجهد والمقاومة والإحساس بثقل الأجسام والإحساس بوضع الأطراف وحركاتها (المدى، الاتجاه والسرعة) بالنسبة للجسم، والإحساس بتوازن الرأس بوضع الجسم وتوازنه بالنسبة إلى قوة الجاذبية (وقوف، انحناء، جلوس، استلقاء و انبطاح) وكذلك الإحساس بتحريك وانتقال الجسم بالنسبة إلى الاتجاهات المكانية فوق، تحت، يمين، شمال، أمام وخلف.

3- لحواس المستقبلة للتنبيهات الخارجية

هذا النوع من الحواس يتمثل في إحساسنا وإدراكنا للمؤثرات الخارجية والتي تعتمد على كفاءة أجهزة الحواس الخاصة بالسمع، البصر، اللمس، التذوق والشم.

ومن مظاهر هذا النوع من الحواس الإحساس باللمس، البرودة، السخونة الطعم المر والحلو، المالح، الحامض، الروائح الذكية، والكريهة، روائح التوابل، تمييز الألوان، تمييز الأماكن، الأصوات المرتفعة، الأصوات الضعيفة، الموسيقي والغناء، وغيرها من الكثير من المظاهر الحسية التي تعتمد علي الحواس الخمسة.

وهذا النوع من الحواس وهي الحواس المستقبلة للتبيهات الخارجية هو ما سوف نركز عليه ونوضحه بشكل مفصل.

تعريف الاضطرابات الحسية لدي المتوحدين

الاضطراب الحسي هو الخلل أو القصور في أي عضو من أعضاء الحواس Sensory Organs (العين، الأذن، الأنف، اللسان، والجلد) في الخلايا العصبية الحسية Sensory Neurones المسئولة عن توصيل المنبهات أو المُثيرات الحسية الخارجية Sensory Stimulus إلى المخ.

وهذه الاضطرابات الحسية تنتشر بصورة واسعة لدي نسبة كبيرة من الأشخاص المتوحدين حيث نجد لديهم استجابات حسية غير عادية وغير ثابت للمُثيرات العادية والمؤلمة فقد يُعتقد أن البعض من الأطفال المتوحدين لا يسمعون لأنهم لا يردون عندما يُنادي عليهم، في حين تجد البعض منهم يُبالغون في ردود أفعالهم تجاه أصوات معينة، وكذلك الحال فيما يخص البصر حيث نجد بعضهم لا ينظرون إلي آبائهم أو إلي الأشياء التي تجذب الأشخاص العاديين في حين نجدهم يحملقون في الأضواء أو الأشياء التي تلمع أو ذات البريق لفترات طويلة.

وكذلك بالنسبة لحواس اللمس أو الشم فقد يتخذ بعض المتوحدين اللمس والشم طريقة لاكتشاف وتفحص البيئة من حولهم فتجدهم يتعرفون علي كل شئ عن طريق لمسه عدة مرات أو وضعه في الفم أو شمه.

كما أن البعض منهم لديه حساسية شديدة لتغيرات الجو (البرد والحر) أو للألم وقد يستجيبون لهذه المُثيرات بردود أفعال تتسم بالبرود والضعف وكذلك نجد بعضهم يقاوم اللمس والاتصال الجسدي ولكنهم من جهة أخري يحبون الدغدغة... وغير ذلك من العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدي المتوحدين.

مظاهر الاضطرابات الحسية

تتجلى العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدي المتوحدين في مظاهر الحس المختلفة السمعية، البصرية، اللمسة، السمعية، والتذوقية.

أولاً: مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية

يظن الناس عادة أن الطفل المتوحد مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصوات مرتفعة جداً كالفرقعة أو صوت انفجار ولا يُبدي أي استجابة لتلك الأصوات، ولكن في الغالب يعلم الوالدين أن طفلهما ليس أصماً بل هو يسمع كل شئ لأنه قد يلتفت عند فتحهم كيس شيبس أو مغلف شيكولاتة أو أي شئ من الأشياء المفضلة لديه. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية ما يلي:

- البكاء والصراخ في الأماكن المزدحمة والحفلات وأعياد الميلاد.
- تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها.
- الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتيبة مثل بندول الساعة.
- سماع صوت الآلات والمحركات.
- صدي صوت تساقط الماء
- فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر.
- حب سماع أغاني معينة ذات إيقاع مرتفع أو منخفض.
- التعلق بسماع الآذان أو موسيقي نشرات الأخبار.
- الهمهمة مع النفس كثيراً.
- البكاء والصراخ عند استخدام الطباشير أو أقلام السبورة أمامه.
- الصراخ والفزع عند سماع صوت مفاجئ.
- الرعب والهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر.
- الصراخ والبكاء عند قص الشعر.

ثانياً: مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية

ينطبق نفس الحال فيما يتعلق بالمشاكل الحسية البصرية كما هو الحال في المشاكل الحسية السمعية فقد يتجاهل الطفل المتوحد الأشياء التي يفضل جميع الأطفال رؤيتها في

حين قد يظل لفترات طويلة ينظر ويحملق في شيء يدور أو في جزء من لعبة خاصة به كعجلة السيارة مثلاً.

ومن الأشياء الغريبة والمثيرة أن بعض المتوحدين يجدون طريقهم في الظلام ويستطيعون الحصول علي أغراضهم في الغرفة المظلمة بسهولة ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية ما يلي:

- النظر والحملقة في الأضواء بشكل شديد.
- متابعة الظل بشكل قهري.
- تلمس أوجه الآخرين أو أجسادهم
- تقريب الأشياء من أعينهم بشكل مبالغ فيه.
- النظر إلي الأشياء بشكل جانبي.
- الخوف من التأرجح أو ركوب الألعاب التي تدور بسرعة.
- الخوف من صب الماء أو العصير في الكوب.
- ضرب الأرجل بقوة أثناء المشي.
- النظر إلي الماء وهو يتساقط.
- ذر الرمال أو الأشياء الدقيقة في الهواء والنظر إليها باهتمام.

ثالثاً: مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسية

يُلاحظ علي بعض المتوحدين أنهم غير حساسين للبرد أو الألم فقد يخرج الطفل المتوحد في البرد القارس دون ملابس ولا يشعر بالألم إذا ما وقع علي الأرض أثناء الجري أو اللعب، وقد يضرب الطفل رأسه بالحائط أو الطاولة أو الكرسي ويظهر رغم ذلك وكأنه لا يشعر بالألم أثناء فعله ذلك. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية اللمسة ما يلي:

- رفض العناق.
- رفض التلامس الجسدي.
- التلذذ باللعب العنيف.
- خلع الثياب أمام الناس.
- الشعور بالبرد في طقس دافئ.

- ضرب النفس وعض الأيدي.
- كراهية غسيل الأسنان.
- خلع الحذاء باستمرار.
- الصراخ عند أخذ حمام.
- صرير الأسنان Teeth Grinding.
- هز الأجسام إلي الأمام والخلف.

رابعاً: الاضطرابات الحسية الشمية

يلاحظ بعض الآباء علي أطفالهم المتوحدين أنهم يفحصون العالم من حولهم من خلال الشم فهم يشمون أجساد آبائهم أو ألعابهم الخاصة أو حتى الأجهزة الكهربائية بالمنزل. ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية الشمية ما يلي

- رفض استخدام الصابون.
- شم الأطعمة قبل أكلها.
- رفض بعض الأطعمة.
- شم الأدوات والأشياء التي تطالها يديه.
- الاحتفاظ بالأشياء البالية.

خامساً: الاضطرابات الحسية التذوقية

توجد لدي بعض الأطفال المتوحدين خصائص تتعلق بالتذوق حيث نجد لدي البعض منهم تفضل الأطعمة الحمضية أو العكس أو رفض بعض الأطعمة ذات طعم معين أو وضع كل شئ في الفم لفحصه سواء كان هذا الشيء لعبة أو أداة من الأدوات الموجودة حوله ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية التذوقية ما يلي:

- وضع الأشياء في الفم.
- تفضيل الأطعمة الحريفة.
- كراهية بعض أنواع الأطعمة ذات القوام الهلامي.

تفسير الاضطرابات الحسية

بعض المتوحدين لا يرون ولا يسمعون الأشياء التي نراها نحن ونسمعها ولا يحسون ويتذوقون ويشمون كما نفعل نحن وهذا هو السبب الأساسي والرئيسي الذي يجعل العالم الحقيقي الذي نعيش فيه مربكاً بالنسبة لهم حيث يأخذون المعلومات من خلال حواسهم بطريقة مختلفة عما نأخذها نحن. وسوف نحاول من خلال السطور القادمة تفسير كل نوع من الاضطرابات على حدا.

أولاً: الاضطرابات الحسية السمعية

إن عملية السمع تتم ليس بالأذن فحسب وإنما بكيفية ذهاب الصوت إلي الأذن ثم إلي المخ وقد اعتدنا علي وصول الصوت إلي عقولنا بالطريقة الصحيحة ولا نفكر أبداً أن الصوت من الممكن أن يذهب إلي عقولنا بطريقة خاطئة، إلا أن ما يحدث مع المتوحدين عكس ذلك فالصوت قد ينتقل إلي المخ بطريقة ناقصة أو بطريقة مبالغ فيها.

لذلك لا يجب أن نعتقد أن الشخص المتوحد يحصل علي نفس المعلومات عن طريق السمع كما نحصل عليها نحن فها هي (تمبل جراندن) وهي امرأة من الأشخاص المتوحدين الذين تقدموا في حياتهم العلمية والعملية بشكل كبير تقول - تعتريني الدهشة مراراً وتكراراً مما يقول الناس أنهم سمعوه لأنه لا يكون هو نفس الشيء الذي سمعته أنا - .

لذلك فإن ما تسمعه أنت هو الشيء الصحيح أما ما يسمعه المتوحد فهو الشيء الخاطئ أو الناقص ومع ذلك فهو لا يعتقد بأن ما يسمعه هو الشيء الخاطئ.

والشخص العادي عندما يري ويسمع شيئاً فإن الصوت والصورة يمضيان معاً في ذات الوقت بشكل متوازن وهو يفعل الأمرين (السمع والرؤية) بصورة تلقائية دون جهد أما المتوحد فيدخل في مخه شيئاً واحداً فقط فإذا دخلت الرؤية أو الصورة أولاً فإن عليها أن تتلاشى خارجة حتى يدخل الصوت وعندما تتلاشى الرؤية يبقي الصوت فقط أو علي العكس يدخل الصوت أولاً ثم يخرج لتدخل الصورة فقط وبذلك تكون هي الشيء الوحيد الذي يحصل الشخص المتوحد عليه.

- **المتوحدين ذوي الحساسية السمعية المفرطة**

تنتشر مظاهر الاضطراب الحسي السمعي لدي المتوحدين بأشكال متنوعة فهذا طفل ذاتوي يُغطي أذنيه بيديه لأن أصواتاً معينة تؤذيه وهذا طفل متوحد آخر منزعج بدرجة

تصل إلي البكاء والصراخ حينما يسمع صوت المكنسة الكهربائية أو صوت مجفف الشعر (سيشوار) وذاك شخص آخر لا يستطيع التركيز في مكان به أشخاص آخرين يتكلمون فيصبح أصوات الناس حوله كصوت المحرك النفاث في رأسه. وتذكر (تمبل جراندن) أن مربيتها كانت تعاقبها بتفجير كيس بلاستيكي أو ورقي أمامها وكان صوت هذا الانفجار بالنسبة لها كالتعذيب.

وهؤلاء الأشخاص المتوحدين يواجهون صعوبة بالغة في معالجة ما يسمعونه بشكل ملائم حيث تكون العصاب الذاهبة من الأذن إلي الدماغ لديهم بها حساسية شديدة جداً بحيث أن هذه الأصوات المرتفعة أو المفاجئة تسبب لهم ألماً شديداً الأمر الذي يجعلهم يصرخون أو يحاولون الهرب من المكان الذي يحدث فيه هذا الصوت أو أنهم ينهمكون في القيام بحركات نمطية ليشغلوا أنفسهم بها حتى لا يسمعون تلك الأصوات لأنهم لا يستطيعون التركيز إلا علي مثير واحد فقط أو حاسة واحدة فقط.

وهناك من الأشخاص المتوحدين من لديهم حساسية سمعية مرتفعة جداً لدرجة أنهم يقضون وقتاً طويلاً وهم ينصتون إلي نبضات قلوبهم وتنفسهم وقد يقلبون رؤوسهم ليسمعوا تدفق الدم بآذانهم أو يهمهمون بصوت ضعيف جداً يصل إلي حد الهمس مع أنفسهم.

- المتوحدين ذوو الحساسية السمعية الضعيفة

وهم علي النقيض من المتوحدين ذوو الحساسية السمعية المرتفعة أو المفرطة حيث نجد منهم من يحاول دائماً تقريب أذنه من الأشياء ليسمع الأصوات بشكل قوي وهناك من يظل فترات طويلة داخل الحمام ليس بهدف النظافة وإنما بهدف الاستماع إلي صدي صوت المياه وهي ترتطم بالأرض أو بوعاء، وهناك من يحب سماع أصوات الصافرات أو أصوات السيارات ذات المحركات الضخمة، أو أصوات ارتطام الأمواج مع الصخور أو إغلاق الأبواب بعنف مرات عديدة بغية سماع صوتها القوي عند الإغلاق.

وهذا النوع من الأشخاص المتوحدين تكون الأعصاب الذاهبة من الأذن إلي الدماغ بالغة النقص في الحساسية السمعية لذلك فقد ترد الأصوات عبر الأعصاب بمنتهى الضعف وهم يحاولون بصعوبة الحصول علي المعلومات من تلك الأصوات الضعيفة.

وبشكل عام لا يستطيع الشخص المتوحد تحديد ما يجب أن يُركز عليه ولذلك فعليه إما أن يسمع كل الأصوات الداخلة إلي أذنه وإما أن يغلق سمعه (من خلال شغل نفسه بحركات

نمطية أو بالنظر إلي شيء) فلا يسمع أي شيء مما يدور حوله فها هي (تمبل جراندن) تقول – قد أكون مستمعة لأغنية مفضلة لدي في الراديو ثم أكتشف بعد ذلك أنني أضعت نصفها حيث ينغلق سمعي في بعض الفترات– .

- التشابه بين المتوحدين والصُم

يظهر الأطفال الصُم بعض الأعراض والسلوكيات مثل الانزعاج من تغيير الروتين، العصبية والعدوانية في بعض الأحيان، والسلوك الإنسحابي وهذه الأعراض والسلوكيات تجعلهم يتشابهون مع المتوحدين ويرجع هذا التشابه بين الجانبين إلي القصور أو الحرمان الحسي السمعي أو التشويش السمعي لديهم حيث يؤدي ذلك إلي فهم خاطئ للموقف وبالتالي سوء التصرف ومن ثم قلة التواصل الاجتماعي والإحساس بالنقص أو الدونية وعدم القدرة علي توصيل ما يرغب فيه إلي الآخرين.

ثانياً: الاضطرابات الحسية والبصرية

قد تري حصاناً جميلاً يسير أمامك فتسأل الشخص المتوحد ما رأيك في هذا الحصان ولكنه يتعجب لسؤالك لأنه لم يري حصاناً كما رأيته أنت لأن بصره كان مثبتاً علي ظل زيل الحصان أو علي صوت وقع أقدام الحصان وهو بذلك لم يري حصاناً كما رأيته أنت. لذا ينبغي عليك ألا تظن أن ما يبدو لك أو ما يجذب انتباهك قد يجذب انتباه الشخص المتوحد لأنه ينظر إلي جزء في الشيء ويُركز علي هذا الجزء ويراه بوضوح تام ولكن كل شيء حوله يكون باهتاً ومشوشاً

- المتوحدين ذوي الحساسية البصرية المفرطة

بعض المتوحدين تشغلهم الأشياء الدقيقة الصغيرة فتجد أحدهم يظل ناظراً إلي ذرة غبار لساعات طويلة، وقد تجد أحدهم يحب رؤية الأشياء من خلال انعكاسها في الماء وبعضهم يكون بارع جداً في تركيب الأحاجي (Puzzles) والبعض منهم يستطيع الحصول علي كثير من المعلومات وحفظها من خلال أعينهم لدرجة يستطيعون معها تذكر تفاصيل وصور كتاب كامل بمجرد رؤيته مرة واحدة.

وبعض المتوحدين قد لا يتحملون بعض الأضواء والألوان الفسفورية فتجدهم يرفرفون بأيديهم أمام أعينهم أو يغمضون ويفتحون أعينهم بطريقة سريعة أو يضعون أيديهم عليها. مثل هؤلاء الأشخاص يكون مسار الرؤية لديهم عالي الحساسية حيث تكون الأعصاب الذاهبة من العين إلي المخ شديد الحساسية.

- المتوحدين ذوي الحساسية البصرية المنخفضة

علي عكس النوع السابق بعض المتوحدين الذين لديهم حساسية بصرية منخفضة حيث تأتي بعض المشاهد عبر الأعصاب بشكل ضعيف جداً لذلك نجد بعضهم يبذلون جهداً خارقاً لرؤية شيء واضح جداً، وقد تجد بعضهم يتلمسون بأيديهم الأشخاص لأن الأشخاص والأجسام تظهر لهم كخطوط عريضة ذات حواف مشوشة ولذلك يلجئون إلي تحسس هذه الأجسام حتى يتبينوا ما هي.

وتجد هناك من يضع الأشياء بالقرب من عينيه أو يحركها باتجاهات متعددة أمام العين أو يميل برأسه ليري ما إذا كانت الأشياء لا تزال كما تبدو عليه ذاتها. وبعض هؤلاء الأطفال يتمكن من تبين الارتفاعات لذا لا يكونوا متأكدين عند نزولهم السلم أو مضيهم في الأنفاق وقد يخافون من الأشياء التي تدور بسرعة لأن كل شيء يبدو لهم ضباباً غير واضح وقد يخشون صب الماء في الكوب لأنهم لا يستطيعون رؤية حواف الكوب.

وهناك بعض الأشخاص المتوحدين تجد لديهم النوعين السابقين من الحساسية البصرية (المفرطة والضعيفة) فقد تكون لديهم حساسية بصرية شديدة جداً في بعض الأحيان وتكون منخفضة في أحيان أخري فتجد بعضهم يضع الأشياء بالقرب من عينه مباشرة لتفحصها (حساسية ضعيفة) في حين يكره رؤية الأشياء التي تدور بسرعة (حساسية مفرطة).

التشابه بين المتوحدين وفاقدي البصر

يتشابه فاقدي البصر مع المتوحدين في بعض اللزمات الحركية التي يقومون بها مثل هز الرأس أو لي الأصابع أو تحريك الحواجب أثناء الكلام أو رفع الرأس لأعلي أو تحريك الرأس بشكل قهري أثناء الكلام.

ثالثاً: الاضطرابات اللمسية

من الأمور المنتشرة لدي المتوحدين سوء معالجة اللمس فإما أن تجد بعضهم يكره التلامس وإما أن تجد بعضهم يفضل اللعب الجسدي العنيف.

- المتوحدين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة

وهناك بعض المتوحدين الذين تكون أعصابهم الذاهبة من جلودهم إلي الدماغ حساسة جداً الأمر الذي يؤدي أحياناً إلي أن بعضهم يقفزون هرباً من لمسة رقيقة أو حضن من

أحد ذويهم لأن هذا اللمس الجسدي يؤذي جلودهم وتري بعضهم يشعر بالبرد في جو حار والبعض الآخر قد يشعر بارتفاع درجة حرارة جسمه في جو شديد البرودة.

وبعضهم يسيء التصرف والسلوك ولا يعلم الآخرين سبباً لذلك إلا أنه قد يكون مرتدياً لملابس ضيقة أو ذات ملمس لا يريح جلده وبعضهم يخشي ارتداء أنواع جديدة من الثياب بسبب ذلك ولذلك يكون هناك صعوبة لديهم في التأقلم مع الملابس الجديدة. ولذا تجد أن المنبهات التي يكون لها تأثير بسيط علي معظم الناس يكون تأثيرها سيئ ويصل إلي حد التعذيب بالنسبة للمتوحدين ذوي الحساسية اللمسة المفرطة ولذلك نجد تمبل جراندن تشير إلي ذلك بقولها - لقد أردت أن أشعر بإحساس جيد لكوني محضونة لكنني عندما كنت أحضن من قبل الناس كانت المنبهات تغرقني كموجة بحرية هائجة، وقد استغرقت وقتاً طويلاً كي أتعلم قبول الإحساس بأن أظل ممسوكة ولا أحاول الهروب -

ويقول براد براند وهو شخص من المتوحدين الذين وصلوا لمستوي متقدم من مراحل التعليم والعمل والحياة باستقلالية يقول - إنني كنت أنفر من بعض الناس عندما يلمسوني ليس لأني لا أحبهم وليس خوفاً من ملامسة هؤلاء الأشخاص و خوفاً من عملية التلامس الجسدي نفسها -

- المتوحدين ذوي الحساسية اللمسية المنخفضة

مثل هؤلاء الأشخاص تكون العصاب الذاهبة من جلودهم إلي الدماغ قليلة الحساسية وبذلك يأتي الحس باللمس عبر تلك الأعصاب ضعيفاً جداً لذا يجب عليهم أن يحاولوا جاهدين الحصول علي المعلومات من تلك اللمسات الضعيفة ولذلك فقد تجد البعض منهم يضرب نفسه علي رأسه أو يلطم وجهه، وبعضهم يهزون أجسادهم للأمام وللخلف أو يضعون أنفسهم بين قطع الأثاث المتجاورة أو يضعون أنفسهم تحت وسائد الأريكة ويجعلوا شخص آخر يقف عليها.

رابعاً: الاضطرابات الحسية الشمية

هناك بعض المتوحدين الذين ينزعجون من معالجة الروائح النفاذة أو القوية وبعضهم يضع كل شيء علي أنفه ويشم كل شيء تصل يده إليه.

- المتوحدين ذوي الحساسية الشمية المفرطة

هناك بعض الأشخاص المتوحدين الذين تكون الأعصاب الذاهبة من أنوفهم إلي أدمغتهم حساسة جداً ولذلك تأتى الروائح قوية جداً عبر تلك الأعصاب الأمر الذي

يغضبهم ويجعلهم يبكون أو يصرخون أحياناً فقد تجد بعض المتوحدين يكرهون الدخول للحمام وبعضهم يكره دخول المطبخ وبعضهم يكره الجلوس بجوار أي شخص يضع عطراً فتجد أن بعض الأطفال يهربون عند اقتراب آبائهم أو أمهاتهم منهم ليس لأنهم لا يحبونهم وإنما يرجع ذلك لأنهم لا يستطيعون تحمل رائحة الأب أو الأم وليس معني ذلك أن رائحة الأب أو الأم نفاذة أو سيئة وإنما لأن أعصاب الشم لدي هؤلاء المتوحدين حساسة جداً. وبعض هؤلاء الأطفال يكره بعض الأطعمة لأن لها رائحة نفاذة وحادة وقوية.

- المتوحدين ذوي الحساسية الشمية الضعيفة

ومثل هؤلاء الأشخاص تجدهم يشمون كل شيء تقع عليه أيديهم أو يحبون بعض الأطعمة ذات الروائح النفاذة والقوية أو تجدهم يحبون الاقتراب من الأفراد الآخرين وشم أجسامهم وذلك لأن أعصاب الحس ألشمي لديهم أي الأعصاب الذاهبة من الأنف إلي المخ ضعيفة جداً ولذلك فإن الروائح تصل بصعوبة وبشكل ضعيف.

خامساً: اضطرابات الحسية التذوقية

الاضطرابات الحسية التذوقية شأنها شأن الاضطرابات الحسية الأخرى فينقسم المصابون بها إلي قسمين إما ذوي حساسية مفرطة أو مرتفعة وإما حساسية منخفضة أو ضعيفة.

- المتوحدين ذوي الحساسية التذوقية المفرطة:

بعض المتوحدين تكون العصاب الذاهبة من الفم إلي المخ حساسة جداً تجدهم يرفضون تناول بعض الأطعمة مثل الطعنة التي يصعب مضغها كاللحم أو الدجاج أو بعض الأطعمة الهلامية كالجيلي أو الأطعمة الملساء كالبطاطس المهروسة لأن كل هذه الأطعمة تولد لديهم إحساس سيئ في الفم واللسان والأسنان.

- المتوحدين ذوي الحساسية التذوقية الضعيفة

هنا نجد أن بعض المتوحدين يفضلون أكل الأطعمة الحريفة وبعضهم يأكل بعض المواد والأشياء غير الصالحة للأكل مثل التراب أو الخشب وبعضهم يلجأ إلي عض أي شيء تطاله يده وهناك من هؤلاء الأطفال من يضع الأشياء في فمه كمحاولة لاستكشاف الشيء عن طريق طعمه وقوامه وسمكه وهؤلاء الأشخاص تكون الأعصاب الذاهبة من الفم إلي المخ ضعيفة جداً.

أسباب الاضطرابات الحسية

يتضح لنا من العرض السابق أن جميع الاضطرابات الحسية السابقة السمعية، البصرية، اللمسة، الشمية والتذوقية تحدث نتيجة لأحد الأسباب الثلاثة التالية:

1- أعصاب حسية مفرطة أو شديدة تصل بين الحواس والمخ.

2- أعصاب حسية ضعيفة تصل بين الحواس والمخ.

3- أعصاب حسية سيئة في الاتجاهين فأحياناً تكون شديدة الحساسية وأحياناً تكون ضعيفة الحساسية.

علاج الاضطرابات الحسية

هناك طريقتان لعلاج أو للتعامل مع الاضطرابات الحسية

الطريقة الأولي :- هي أن تحاول تهيئة الواقع المحيط بالطفل المتوحد وفقاً لحالته : فمثلاً بالنسبة للمتوحدين ذوي الحساسية السمعية المفرطة فمن الأفضل أن تقلل من حدوث المثيرات أو المنبهات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وإذا كان سيحدث صوتاً عالياً يمكنك أن تنبه المتوحد إلي حدوثه ومن الممكن أن تُحدث له صوتاً خفيفاً يحل محل الصوت العالي.

- أما الأفراد ذوي الحساسية السمعية المنخفضة فيمكن إشغالهم بمشاهدة مناظر وسماع أصوات وبذلك لا تجعلهم يحاولون سماع صوت واحد فقط ومن الممكن أن توجه انتباههم إلي الأشخاص أو الأشياء التي تصدر هذا الصوت ولا تجعلهم يوجهوا انتباههم فقط لتلك الأصوات وإنما إلي الناس والأجسام التي تصدر تلك الأصوات.

- أما بالنسبة لذوي الحساسية البصرية المفرطة يكون من المجدي عدم تعريضهم للأضواء البراقة المبهرة أو الأشياء ذات الألوان الفسفورية أو تحاول تحويل انتباههم عن رؤية تلك الأضواء أو الألوان بأن تعطيه أشياءً تدور أو تضع علي أعينهم نظارات شمسية.

وبالنسبة لذوي الحساسية البصرية الضعيفة فيكون الأمر عكس ذلك فيجب جعل الأضواء أكثر بريقاً أو تجعلهم يستخدمون عدسات مكبرة أو أن تعلمهم أن يحاولوا اكتشاف الشيء بأيديهم بدلاً من وضعه علي العين مباشرة.

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسة المفرطة فيجب عدم تعريضهم للملامس الخشنة وبدلاً من ذلك يتم إعطائهم أشياء ناعمة الملمس وإذا شرعوا بالبرد في شهور الصيف فيجب أن تلبسهم ملابس ثقيلة أو أن تعطيهم معاطف ولا يجب إلباسهم ملابس ضيقة.

- وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللمسة الضعيفة فيكون العكس تماماً فيمكن تعريضهم للأشياء والملامس الخشنة واللعب العنيف معهم وتعريفهم دائماً للضغط الجسدي فتمبل جراند التي اخترعت آلة للضغط تقول - بعد استخدامي للآلة تعلمت أن ألمس القط بشكل أكثر لطافةً بحيث قرر البقاء معي بعد أن كان يهرب مني وتعين عليَّ أن أكون مرتاحة قبل أن أوفر الراحة للقط وقد أعطتني الآلة هذه الراحة وكان للآلة تأثير مهدئ علي الجهاز العصبي لديَّ وكذلك علي السلوك المفرط في رد الفعل- .
- أما ذوي الحساسية الشمية المفرطة فيحتاجون عدم تعرضهم للروائح النفاذة كالعطور والصابون أو معجون الأسنان وإذا كانوا في غرف مغلقة فيجب فتح نوافذ الغرفة له لتجديد الهواء الجديد المنعش أو تقوم بإخراجه من الغرفة.
- والأشخاص ذوي الحساسية الشمية الضعيفة يحتاجون إلي روائح نفاذة وشديدة وقوية حتى يشعروا بحاسة الشم لديهم ومن الأفضل أيضاً إن أنت جعلتهم ينشغلوا بحاسة أخري غير الشم كأن تجعلهم ينظرون لشيء أو يستمعون لموسيقي أو أي أصوات أخري أثناء تناولهم أو تعرضهم للأشياء ذات الروائح الضعيفة بالنسبة لهم.
- والأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المفرطة يجب عليك تغيير ما قد يؤذي أفواههم ويعطيهم شعوراً غير سار فقد يتناولون طعاماً ذات طبيعة هلامية أو يحتاج مضغ فترة طويلة كاللحم أو الدجاج فيكون من الأفضل أن أنت أعطيتهم هذا النوع من الطعام في شكل قطع صغيرة جداً ورقيقة أو تعطيهم ماء كي يشربوا أو قطعاً من الشكولاتة.
- أما الأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المنخفضة والذي يضعون كل شيء في أفواههم أو لا يأكلون إلا الأطعمة الحريفة فيكون من الأفضل محاولة صرف انتباههم بفتح قنوات حس أخري غير التذوق ومحاولة وضع الأشياء في أيديهم وأمام أعينهم ويجب تقليل تناولهم الأطعمة الحريفة بالتدريج.

تهيئة الشخص المتوحد للتعامل مع الواقع

إن هذه الطريقة هي الأجدى والأنفع والأكثر واقعية. وتتلخص هذه الطريقة في الإصرار علي تعريض الطفل لكل المثيرات القوية والضعيفة وتهيئته للتعامل مع كل المثيرات المختلفة وتقبلها كسماع الأصوات القوية والمفاجئة وفي نفس الوقت الأصوات الخفيفة أو الهامسة أو تعريضهم لجميع أنواع الملابس المختلفة أو الإصرار علي أن نجعله يتعامل مع المثيرات التي ينفر منها.

وفي تصوري أن هذه الطريقة هي الأجدى والأنفع والأكثر واقعية فليس من الممكن تهيئة الواقع للشخص المتوحد ذوي الحساسية السمعية المفرطة بحيث لا تحدث أصوات قوية أو لا نجعله يتعرض لهذه الأصوات لأننا إذا أمكننا توفير ذلك في البيت وفي المدرسة فلا يُمكننا توفير ذلك في الشارع، النادي، السوق، الحفلات... وغيرها من المناسبات الأخرى وبالمثل يمكن قياس ذلك علي باقي الحواس الأخرى.

علاقة الحرمان الحسي بالمتوحدين

والحرمان الحسي هي عملية تتضمن حرمان الفرد من المؤثرات الخارجية والعزل الإدراكي والعزل الاجتماعي وهو ما يعرف أحياناً في الوقت الراهن بعملية غسيل المخ.

وقد قامت النظريات الفسيولوجية والنظريات المعرفية ونظرية التحليل النفسي بدراسة هذه الظاهرة وقد استخلصت الأبحاث المنبثقة عن هذه النظريات مجموعة من الخصائص التي يتسم بها الأشخاص الذين مروا بعملية الحرمان الحسي ومن هذه الخصائص:

- قلة القدرة علي التركيز.
- تفكك وانحلال في التفكير (تفكير غير مترابط).
- قلة القدرة علي تفهم الموضوع.
- عدم القدرة علي التعامل مع المعادلات الحسابية.
- اضطراب في الإدراك ويشمل خداع، أوهام وهلاوس
- قلق وخوف ومزج الواقع بالخيال.
- زيادة القدرة علي الحفظ الصم Rote.
- اختلال وظيفة الأنا (عدم القدرة على التعامل مع البيئة الخارجية).
- ظهور ظواهر نفسية بدائية مكبوتة ورغبات طفلية.

وعند النظر بإمعان إلي الخصائص السابقة يتضح أن هذه الخصائص أو الظواهر يظهر أغلبها لدي المتوحدين الأمر الذي يُشير إلي أن الاضطرابات الحسية قد يكون لها دوراً أساسياً ورئيسياً في إحداث أعراض المتوحدة.

ونترك للقارئ (المُعلم) الحكم على هذا الاستنتاج بنفسه من خلال تعامله مع الأطفال المتوحدين.

أمراض قد تختلط مع التوحـد

هناك حالات وأمراض كثيرة بأعراض ظاهرية تشابه في بعض جوانبها التوحد، لذلك نقول أن تشخيص هذه الحالات تحتاج إلى متخصصين يقومون بدراسة الحالة دراسة متأنية للخروج بالتشخيص المناسب، وهنا سنحاول الإيجاز عن بعض الحالات التي نجد فيها بعض التشابه والاختلاف.

اضطراب قلة التركيز **Attention deficit disorders**

هي حالة نفسية عصبية تتميز بوجود مدى تركيز ضعيف عند الطفل المصاب أقل مما هو متوقع لمن هم في عمره، كما يصاحبه نشاط حركي زائد وسلوكيات متهورة، هذه الأعراض تظهر دون سن السابعة في كثير من الأطفال المصابين، وإن كان اكتشافها يزداد بعد دخول الطفل المدرسة، وفي السنوات الأخيرة أزداد عدد الحالات المكتشفة في العالم، وقد لوحظ أنه يصيب الذكور عشر أضعاف إصابة الإناث تقريباً، وأسبابه غير معروفة ولكن تتركز على إصابات الجهاز العصبي.

الأعراض تختلف من طفل لآخر، وقد قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) بوضع قواعد للتشخيص حيث قسمت إلى ثلاث أنواع (لسيطرة مجموعة من الأعراض) وهي: عدم القدرة على التركيز: لا يستطيع التركيز في عمل ما لمدة طويلة، كما يمكن بسهولة قطع تركيزه ولفت انتباهه مما يجعله لا يتم ما يقوم به من أعمال، كما لا يستمع لك عندما تحدثه، وعندما يسمعك فإنه يقوم بجزء من العمل المطلوب منه.

- النشاط الزائد: الطفل لا يعرف الجلوس مستقراً في المنزل أو السيارة، كثير الحركة بدون هدف، يجري ويتسلق الجدران ويتكلم كثيراً.
- سلوكيات متهورة: الطفل لا يطيق الانتظار لأخذ دوره مثلاً، يقوم بإزعاج الآخرين ومضايقتهم ومقاطعتهم ويجيب عن السؤال قبل إكماله.

-صعوبات اللغة والتعلم، وغيرها.

الكآبة Depression

الكآبة والحزن تصيب جميع الأعمار نتيجة عوامل مختلفة، كما أن التعبير عنها يكون بصور مختلفة تجعل من الصعوبة أحياناً تشخيصها، فالرضيع قد يعبر بالبكاء والغضب واضطراب النوم، والأكبر سناً بالانزواء، وقد يكون هناك تأخر في اكتساب المهارات الحركية والفكرية، وعند سن المدرسة تظهر عليهم علامات الحزن والانطوائية وعدم القدرة على التركيز والفشل الدراسي، كما أن البعض قد تظهر عليهم حركات غير طبيعية.

انفصام الشخصية Schizophrenia

قد يحدث انفصام الشخصية في عمر مبكر ولكن لا يمكن الكشف عن الحالة بسهولة، وعادة ما يكون الطفل ذو معدل الذكاء دون المتوسط (أقل من 80 نقطه)، وغالبا من فئة الذهان، وتكون اللغة عادية بدون مشاكل، كما أن لديه استجابة حادة للأحاسيس (حرارة، برودة)، وتظهر عليه علامات هلوسة وهذيان.

الاستحواذ الوسواسي Obsessive compulsive disorders :

هو اعتلال قلقي حيث تعاود المريض باستمرار أفكار أو نزوات غير مرغوب فيها (تسمى الاستحواذ)، مع سيطرة الأحاسيس لعمل شيء ما لكي تقلل من درجة الاستحواذ، هذه الأفكار الاستحواذية تظهر على أشكال ودرجات متنوعة، من فكرة فقدان التحكم على النفس، إلى الحرص على نظافة الجسم أو جزء منه بشكل مستمر ومبالغ فيه، هذه الزيادة بالعناية والاهتمام في التصرفات والسلوك لدى المريض بالاستحواذ الوسواسي لا معنى لها، تحدث بشكل مكرر ومقلق، وفي بعض الأحيان تكون ضارة، ومع ذلك يجدون صعوبة في السيطرة والتغلب عليها.

صعوبات الارتباط العاطفي Attachment disorders

عدم قدرة الطفل على إقامة روابط عاطفية مع الوالدين، وغالباً ما يحدث ذلك نتيجة الحرمان العاطفي أو القسوة.

صعوبات تطور اللغة Developmental Language Disorder

حيث يكون هناك تأخر في نمو اللغة لدى الطفل، ويكون نموه الاجتماعي طبيعي نسبياً.

الفرط الحركي Hyperkinetic disorder

هنا فرط وزيادة الحركة تؤدي إلى قلة التركيز في النشاط.

الخرس أو الصمم الاختياري Elective mutism

بعض الأطفال يتكلمون في مكان ما (المنزل مثلاً) ويمتنعون عن ذلك في مكان آخر (المدرسة)، وعادة ما يكون ذلك طبيعياً في الأطفال حتى سن الخامسة من العمر، إلاّ أن بعض الأطفال قد يكون لديهم مشاكل سمعية أو بصرية

الصمم الخلقي

الأطفال المولودون بالصمم يواجهون الكثير من المشاكل خلال نموهم وتطورهم، وقد يكون لديهم مشاكل سلوكية متعددة، ومنها الانعزال الاجتماعي ونقص التواصل اللفظي، وإذا كانت درجة نقص السمع متوسطة فقد يصنفون في فئة المتخلفين فكرياً أو المتوحدون، وهؤلاء لديهم القدرة على التواصل غير اللفظي عن طريق لغة الإشارة وقراءة الشفاه والتقليد والمحاكاة.

أمّا المتوحدون فليس لديهم نقص في السمع ولكنهم غير قادرين على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وملاحظات الوالدين تعطي للمتخصصين التفصيلات اللازمة عن الحالة.

الفرق بين التوحد والحبسة APHASIA

الحبسة هي فقد المقدرة على الكلام نتيجة أسباب متعددة، أهمها إصابة الدماغ بالأذى لأسباب متعددة، حيث يكون هناك عدم المقدرة على إرسال أو استقبال كلمات أو جمل ذات معنى، مما يؤدي إلى مشاكل اجتماعية، ولكن هؤلاء الأطفال يكون لديهم الرغبة في التواصل مع الآخرين، حيث يكون هناك تواصل غير لغوي (بالإشارة مثلاً)، كما أنهم يحبون اللعب مع أقرانهم، وعند قيامهم باللعب فأنهم يستخدمون مخيلتهم، كما يقومون باللعب بأصوله وقوانينه.

أما الطفل المتوحد، فلديه عدم المقدرة اللغوية، مصحوبة بعدم الرغبة في التواصل أو اللعب مع أقرانه.

اضطرابات الكلام عند المتوحدين

بعض الأطفال يكون لديهم صعوبة في فهم الكلام (النمط الاستقبالي) وبالتالي عدم القدرة على تعلم الكلام، وآخرون تكون لديهم صعوبات في التعبير حيث يمكنهم الفهم ولكن

لا يقدرون على التعبير (النمط التعبيري)، وقد يتجاهل هؤلاء الأطفال جميع الأصوات الصادرة كالصّم، وقد يكونون انعزاليين اجتماعيا، ومع ذلك فهم قادرين على التواصل مع الآخرين بأعينهم (التواصل النظري) كما يمارسون اللعب التظاهري.

الفرق بين المتخلف فكرياً والمتوحد

المتوحدون يعانون من بعض التخلف الفكري بدرجات متفاوتة، لكن المتخلف فكرياً عادة ما يكون لديه نقص عام في كل القدرات، وقد يكون هناك بعض العلامات الجسمية الدالة على التخلف، أمّا في التوحد عادة ما يكون لديهم نقص متفاوت في القدرات وليس هناك أي علامات جسمية.

المتخلفون فكرياً بخلاف المتوحدون قد يكون لديهم صعوبات لغوية ومع ذلك نراهم يسعون وراء التفاعل الاجتماعي ويستمتعون به، كما أنهم يستخدمون الإشارات الجسدية للتعبير عن أنفسهم، كما أن البعض يمارس بعض اللعب التظاهري.

أساليب تشخيص اضطراب التوحد

يمكن التعرف على الأطفال المتوحدين اعتباراً من سن الثالثة، فنجد من بين كل (10) آلاف طفل (15-20) طفلاً توحيدا، كذلك لوحظ أن نسبة انتشار التوحد بين الجنسين هي (3) أو (4) من البنين إلى (1) من البنات. واختلاف تلك التقديرات تعزى إلى ثلاثة أمور:

1- الاختلاف في دقة الإجراءات الإحصائية، وأولها النظام الذي يتبع في أخذ العينات للفحص.

2- الاختلاف في دقة أساليب التشخيص المتبعة في فحص الأطفال.

3- مدى رغبة الدولة في الإفصاح عم مشاكلها و - عوراتها- السكانية.

ويقوم أسلوب تشخيص هذا الاضطراب في معظم دول العالم على الاستعانة بواحد أو أكثر من التخصصات الآتية: طبيب نفساني/طبيب أطفال تخصص أعصاب/طبيب أطفال تخصص نمو.

أما في الدول المتقدمة فيقوم أسلوبهم على تكليف فريق عمل متكامل بتلك المهمة، والفريق يضم التخصصات الآتية:

1- طبيب نفسي يدعمه مختبر تحاليل طبية، فحوصات السمع، تخطيط للمخ وتحليل إفرازات الغدد الصماء خاصة الغدة الدرقية.

2- أخصائي نفسي مزود بمجموعة اختبارات للذكاء والقدرات الخاصة.

3- أخصائي تخاطب قادر على تقييم المستوى اللغوي للأطفال.

4- أخصائي في التشخيص التعليمي قادر على تقييم القدرات الاستيعابية الأكاديمية والنهارية بأنواعها.

أدوات التشخيص

أولاً: تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (97) سؤالاً للآباء ضمن ما يسمى بالمقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview/ADI) تدور حول استطلاع المظاهر النمائية اللغوية والحركية للطفل محل التشخيص من سن 2 حتى 6 سنوات. والأسئلة التي تسأل للآباء فهي تدور حول ما يلي:

- لم يتفوه بأيه أصوات كلامية حتى ولو غير مفهومة في سن 12 شهراً.
- لم تنمو عنده المهارات الحركية (الإشارة- التلويح باليد - إمساك الأشياء) في سن 12 شهراً.
- لم ينطق كلمات فردية في سن 16 شهراً.
- لم ينطق جملة مكونة من كلمتين في سن 24 شهراً.
- عدم اكتمال المهارات اللغوية والاجتماعية في مراحلها الطبيعية.

لكن هذا لا يعنى في ظل عدم توافرها أن الطفل يعانى من التوحد، لأنه لابد وأن تكون هناك تقييمات من جانب متخصصين في مجال الأعصاب، الأطفال، الطب النفسي، التخاطب، التعليم.

ثانياً: تقديم مجموعة من الأسئلة عددها حوالي (40) سؤالاً للمخالطين للطفل في عامه الرابع لاستطلاع قدراته في مجال الاتصال اللغوي والحركي والرمزي بالغير.

ثالثاً: قوائم للملاحظة المباشرة للطفل قبل السنة الثانية من عمره من وضع - وندى ستون/ "Wendy Stone يستخدمها المخالطون للطفل خلال مراقبتهم له في أنشطة كاللعب الحر، وقيادته لدرجات أو سيارات الأطفال، ومظاهر انتباهه لما يجرى حوله من أحداث.

رابعاً: اختبار تقديم مستوى التوحد الذي وصل إليه الطفل المصاب به فعلاً، وهذا الاختبار من وضع - إيريك سكوبلر/"Eric Schopler"، ويقوم على ملاحظة الكبار له في أنشطة: علاقته بالآخرين واستجابته لنداءات الغير، ومستوى اتصالاته الشفهية مع الآخرين، تعبيراته الجسدية لمحاولات الاتصال به، ومدى قابليته للتوافق مع ما يجرى من تغيرات في أوضاع الأشياء وفى مجريات الأحداث من حوله.

خامساً: مقاييس مشتقة من المحكان التي تم عرضها في الطبعة الرابعة (1994) من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي .A.P.A.

ومن هذه المقاييس:

1- مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (Cars)

ينسب إلى - إيريك سكوبلر- Eric schopler- في أوائل السبعينات ويعتمد على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر به 15 درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال:

- علاقته بالناس.
- التعبير الجسدي.
- التكيف مع التغيير.
- استجابة الاستماع لغيره.
- الاتصال الشفهي.

2- قائمة التوحد للأطفال عند 18 شهراً (Chat):

تنسب إلى العالم- سيمون بارون كوهين- Simon Baron- Cohen- في أوائل التسعينات وهى لاكتشاف ما إذا كان يمكن معرفة هذه الإعاقة في سن 18 شهراً، ومن خلالها توجه أسئلة قصيرة من قسمين القسم الأول يعده الآباء والثاني من قبل الطبيب المعالج.

3- اختبار التوحد للأطفال في سن عامين

وضعه - ويندى ستون- Wendy Stone- يستخدم فيه الملاحظة المباشرة للأطفال تحت سن عامين على ثلاث مستويات التي تتضح في حالات التوحد: اللعب - التقليد (قيادة السيارة أو الدراجات البخارية) - الانتباه المشترك.

تقييم التطور الحركي والفكري للطفل المتوحد

عند زيارة الطفل لعيادة الأطفال، يقوم الطبيب بطرح العديد من الأسئلة علي الوالدين لمعرفة حياة الطفل في المنزل وتطوره، ومن تلك الأسئلة :

- ما هي أنواع الأغذية التي يأخذها في كل مرحلة عمريه ؟
- ما هي الأمراض التي أصابته ؟
- كيف هي صحته العامة ؟
- ما الذي يستطيع أن يقوم به من حركات وانفعالات ؟ وغيرها ومن ثم يقوم بالكشف الإكلينيكي.

من خلال تلك المعلومات يستطيع رسم صورة كاملة عن حالة الطفل وتطوره الفكري والحركي.

أهداف التقييم

- رسم صورة واضحة عن تطور الطفل كجزء من الرعاية الصحية للطفل.
- اكتشاف أي مشاكل صحية تعيق تطوره الفكري والحركي، وعلاجها في وقت مبكر.
- اكتشاف أي تأخر في النمو الفكري والحركي.
- مساعدة الأهل وإرشادهم لطرق العلاج.
- مساعدة الأهل للتفريق بين تأخر التطور والاختلافات الفردية.

كيف نقيم التطور الفكري والحركي ؟

- تسلسل التطور: يعتمد التقييم على شرح الوالدين لما يقوم به الطفل من حركات ومقدرات، وفي أي مرحلة عمرية بدأ، ويحتاج الأمر إلى أسئلة متنوعة، بعضها عن الماضي وأخرى عن الحاضر، وبذلك يمكن رسم صورة للتطور الحركي والفكري.
- الفحص الإكلينيكي.
- إجراء بعض الاختبارات الحركية والفكرية.

نقاط التقييم

عدم حصول أي حركة أو مهارة في سن معينة لا تعني التخلف، فالأبكم قد يكون سليماً في جميع المهارات ما عدا المهارات اللغوية، لذلك وزعت المهارات إلى خمس مجموعات،

حيث يمكن تقييم كل مجموعة ووضع السن المقابل لها، ثم ملاحظتها، لإعطاء الصور الكاملة، وهذه المجموعات هي:

1- المهارات الحركية الكبرى Gross Motor Skills
2- المهارات الحركية الدقيقة Fine Motor Skill
3- مهارات الفهم والإدراك Cognitive Skills
4- لمهارات اللغوية Language Skills
5- المهارات الاجتماعية والنفسية Skills Social & Emotional

وسوف نقوم برسم صورة عامة عن تلك المهارات لكي تساعد الوالدين على اكتشاف أي تغير أو انحراف عنها، ولكن لا بد من الاقتناع بكلام طبيب الأطفال عند المناقشة لوجود مجال واسع للاختلاف بين الأفراد.

مهارات الحركة الكبرى Gross Motor Skills

هي مجموعة من الحركات المعتمدة علي العضلات الكبرى في الجسم، ومقدرتها على الحركة ضد الجاذبية الأرضية، فمع النمو العصبي لهذه العضلات، المتدرج من الرأس إلى الصدر والبطن ثم الأطراف، يمكن لهذه العضلات القيام بالحركات التوافقية، حركة موزونة، حيث يكون هناك انقباض لمجموعة من العضلات وفي نفس الوقت ارتخاء للعضلات المعاكسة لها، وقد تتواجد بعض الحركات لهذه العضلات منذ الولادة، وهي الحركات الطفولية الانعكاسية التي تعمل لحماية الطفل في تلك المرحلة، والتي تختفي مع ظهور الحركات التوافقية.

ما هي علامات تأخر هذه المهارات ؟

- استمرار الحركات الطفولية الانعكاسية بعد وقتها المحدد.
- عدم التحكم في الرأس في عمر 6 أشهر.
- عدم وجود الحركات الحمائية المكتسبة في عمر 8 أشهر.
- زيادة انقباض العضلات المدة عند سحب الطفل من يديه لوضع الجلوس.

مهارات الحركة الكبرى في الطفل العادي:

الحركة المكتسبة و السن المتوقع اكتسابها بالأشهر:

- الانقلاب من البطن إلى الظهر (الاستلقاء) (3 – 4) أشهر.
- الانقلاب من الاستلقاء إلى البطن (4– 5).
- الجلوس (لوحده) لمدة قصير(5– 6).
- الوقوف على الرجلين مع الاعتماد على الآخرين (5– 6).
- الجلوس بدون مساعدة ولمدة طويلة (7– 8).
- يزحف (7– 8).
- يحبو (8– 10).
- الوقوف لوحده (11).
- المشي ثلاث خطوات (12) شهر.
- المشي جيدا (15) شهر.
- يركض (24).
- طلوع الدرج درجة واحدة كل مرة (24).
- رفس الكرة بالقدم 24.
- طلوع الدرج خطوة خطوة (30– 36).
- استخدام الدراجة بثلاث عجلات (36).
- القفز بأستخدام قدم واحدة (48) شهر.
- القفز الطويل باستخدام القدمين (48) شهر .

مهارات الحركة الدقيقة Fine Motor Skills

هي مجموعة الحركات المعتمدة علي العضلات الإرادية الصغيرة وخصوصا في اليدين، وهذه الحركات قد تكون بسيطة أو معقدة، معتمدة علي الإدراك الحسي لعمل ما، وقد يحتاج العمل إلى وجود النظر وتطوره للقيام بهذه الحركات.

ما هي علامات تأخر المهارات ؟

- استمرار قبضة اليد الطفولية.
- عدم وجود ألمسكة الكماشة الدقيقة في عمر 12 شهرا Fine pincer
- عدم المقدرة علي نسخ خط مستقيم في عمر 3 سنوات.

مهارات الحركة الدقيقة في الطفل العادي ؟

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- الوصول إلى الأشياء 3 أشهر.
- قبض الأشياء وإحضارها إلى الفم 4.
- ينقل الأشياء من يد إلى أخري4 – 6.
- يقبض الأشياء باستخدام راحة اليد الكبرى 7.
- يقبض الأشياء باستخدام الأصابع 9.
- استخدام الأصابع كماشة لمسك الأشياء 9- 12.
- يرسم خربشة 15.
- يبني2–4 مكعبات 18.
- يبني 8 – 10 مكعبات 30.
- نسخ صور دائرة 36.
- استخدام المقص 36.
- رسم الوجه 36.
- نسخ صورة مربع 48.
- نسخ صورة مثلث 60.
- رسم صور شخص بوجه وجسم وأطراف 60.

مهارات الفهم والادراكرو Cognitive Skills

هي مجموعة القدرات والمهارات التي تعتمد علي نضوج مراكز الفكر والإحساس مثل مراكز التعلم، الاستقبال، الإدراك، ليتم عن طريقها استخدام الأحاسيس والحركات بتمازج، لإعطاء التعبير الواضح والمنطقي للحركة.

ما هي علامات تأخر الفهم والإدراك ؟

- عدم الانتباه أو الاهتمام بما حوله، أو الأصوات المنبعثة في السنة الأولي من العمر.
- نقل الألعاب والأشياء إلى فمه عند بلوغه السنة.

- عدم مقدرته علي اللعب السليم في عمر السنتين
- تأخر النطق والتواصل مع الآخرين.

مهارات الفهم والإدراك في الأطفال الطبيعيين :

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- متابعة الجسم المتحرك 4- 8 أشهر
- استخراج لعبة مخفية 9- 12
- ترتيب اللعبة بعد تخريبها 12- 18
- القيام بحركات منطقية 12- 18
- اللعب المنطقي مع الدمية 18- 24
- الاعتماد على التفكير الفردي والاستقلالية 24- 60
- اعتماد الظهور وإبراز النفس 24- 60

المهارات اللغوية Language Skills

هي المقدرة على الكلام والتعبير، معتمدة علي وجود جهاز سليم للاستقبال (السمع) وجهاز ناقل (الأعصاب) إلى مركز سليم (المخ) وأجزاء الصوت والكلام (اللسان، الحنجرة، الفم) ليستطيع بها التعبير بالكلام

ما هي علامات التأخر اللغوي ؟

- عدم الاهتمام بالأصوات في عمر 4 أشهر
- عدم وجود أصوات أو نغنغة في عمر 8 أشهر
- عدم وجود أي كلمات منطوقة في عمز سنة ونصف
- وجود كلمات قليلة محددة في عمر السنتين
- عدم النطق بجملة مفيدة في عمر الثلاث سنوات
- وجود اللعثمة في عمر خمس سنوات

المهارات اللغوية في الأطفال الطبيعيين :

الحركة المكتسبة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- يسمع الأصوات من شهر – شهرين
- يوغوغ 2-3 أشهر
- الالتفاف للأصوات 6
- الالتفاف عند ذكر أسمه 9- 12
- يفهم معنى الكلمة خصوصا لا 9- 12
- إطلاق صوت ماما، بابا 9- 12
- يسمع ويعرف أجزاء جسمه 18
- يستخدم كلمة واحدة (كلمات كثيرة) 12- 18
- يعرف الأشياء باسمها 12- 18
- يستخدم كلمتين مع بعضهما 18- 24
- يؤشر على الصورة 24
- يستخدم ثلاث كلمات في جملة 24
- يعرف الألوان 36
- يجيب على الأسئلة ويسأل 36
- يفهم ويعبر عمّا في محيطه 60 شهر

مهارات العلاقات الاجتماعية والانفعالية Social & Emotional Skills

وهي الحركات التي يقوم بها للتعبير عن ارتباطه بالمجتمع من حوله، وذلك من خلال ارتباطه بالآخرين، اللعب الجماعي، إحساسه بوجوده وكينونته.

ما هي علامات تأخر المهارات الاجتماعية والانفعالية ؟

- عدم التفاعل مع الآخرين
- قلة الارتباط من خلال النظر
- قلة الاستجابة لمشاعر وملاعبة الوالدين
- عدم الابتسام بعد سن 3 أشهر
- عدم القدرة على التقليد في عمر 18 شهرا

المهارات الاجتماعية والانفعالية في الطفل السليم ؟

الحركة المكتسبـــة والعمر المتوقع لاكتسابها بالأشهر

- يتعرف على والديه 6 أشه
- يخاف من الأغراب 6- 9
- يحب وجود الأطفال ولكن يلعب وحيداً 12- 15
- يهتم بغذائه ويرضع نفسه 12- 15
- يبتسم للآخرين ويقلدهم 12- 24
- يعرف أسمه 24
- يتعاون ويلعب مع الآخرين 36
- يتعلم تغيير ملابسه 48

مبادئ التدخل العلاجي

هناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي يجب مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهى:

1- التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.

2- تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شمولية ومنتظمة وبعيدة عن العمل العشوائي.

3- مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردى وضمن مجموعة صغيرة.

4- مراعاة أن يتم العمل على مدار العام.

5- مراعاة تنويع أساليب التعليم.

6- مراعاة أن يكون الوالدين جزءً من القائمين بالتدخل.

العلاجات الرئيسية المستخدمة للتوحد

1- التشخيصات والعلاجات الطبية: يتم فيها إجراء فحوص طبية موسعة على كافة أجهزة الجسم بغية الكشف عن أي حياد عن السواء في أي منها مثل: خلل في إفراز هرمون – سيروتونين- الذي يفرزه المخ، أو في إفراز إنزيم – سيكريتين- بالجهاز الهضمي، أو وجود طفيليات أو فطريات أو بكتريا، أو وجود آثار زائدة عن الحد

لمعادن ثقيلة كالرصاص أو الزئبق في سوائل الجسم، أو نقص في بعض الفيتامينات والعناصر الهامة لسير العمليات الحيوية بالمعدلات الصحيحة، أو نقص في نوع أو في كم المجتمعات البكتيرية أو الفطرية المفيدة بالأمعاء. وقد وجد أن حوالي 10 – 15% من المتوحدين تتحسن حالتهم بعد العلاج مما يتم اكتشافه لديهم بهذا البرنامج الطبي.

2- علاج الأعراض المميزة للتوحد، كفرط النشاط والقلق والاندفاعية، ونقص القدرة على الانتباه وعلى التركيز وعلى كف السلوك الاندفاعي العدواني.

3- وضع برنامج غذائي للمتوحدين يتضمن تزويدهم أو منعهم من أغذية محددة تبعاً لما كشفت عنه بحوث أجراها أخصائيو التغذية.

4- وضع برنامج للعلاج النفسي التربوي، باستخدام مبادئ: الثواب والعقاب والتشريط.

وتكون التدخلات العلاجية السابقة لاضطراب التوحد على النحو التالي:

التدخل الغذائي

وجد لدى بعض الأطفال المتوحدون تحسس غذائي، وبعض هذه المحسسات قد تزيد درجة التهيج Hyperactivity، لذلك يختار بعض الأهل عرض طفلهم على متخصص في التحسس لتقييم حالتهم، وعند ظهور النتائج يمكن إزالة بعض الأغذية من طعام الطفل، مما قد يساعد على الإقلال من بعض السلوكيات السلبية.

في نظرية الاضطراب الأيضي افتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة. هذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين GL- TINES مثل القمح، الشعير، الشوفان، كما الكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان.

لكن في هذه النظرية نقاط ضعف كثيرة فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل المتوحد لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

العلاج بالحمية الغذائية Dietary Treatment (DT):

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية للغذاء في حياة الطفل الذي يعانى من التوحد دور بالغ الأهمية.

وقد كانت Mary Callaha أول من أشار إلى العلاقة بين الحساسية المخية والتوحد وقد أشارت إلى أن طفلها الذى يعانى من التوحد قد تحسن بشكل ملحوظ عندما توقفت عن إعطائه الحليب البقري.

والمقصود بمصطلح الحساسية المخية هو التأثير السلبي على الدماغ الذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء فالحساسية للغذاء تؤدى إلى انتفاخ أنسجة الدماغ والتهابات مما يؤدى إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ومن أشهر المواد الغذائية المرتبطة بالاضطرابات السلوكية المصاحبة للتوحد السكر، الطحين، القمح، الشكولاتة، الدجاج، الطماطم، وبعض الفواكه.

ومفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد الغذائية المسببة للحساسية وغالباً ما تكون عدة مواد مسئولة عن ذلك إضافة إلى المواد الغذائية هناك مواد أخرى ترتبط بالاضطرابات السلوكية منها المواد الصناعية المضافة للطعام والمواد الكيماوية والعطور والرصاص والألومنيوم.

وفى إحدى الدراسات قام بها Rimland 1994 لاحظ فيها أن 50:40% من الآباء الذين شعروا أن أبنائهم قد استفادوا ويرجع السبب كما توضح الدراسة إلى عدم قدرة الجسد على تكسير بروتينات هى الجلوتين Glutem مثل القمح والشعير والكازين Casein والذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

إلا أن هناك العديد من الآباء الذين لاحظوا العديد من التغيرات الدرامية بعد إزالة أطعمه معينة من غذاء أطفالهم.

العلاج النفسي

النصيحة والمشورة من المتخصصين وأصحاب التجربة يمكن أن تساعد الأهل على تربية الطفل المعاق وتدريبه، وإذا كان الطفل في برنامج مدرسي فعلى الأهل والمدرسين معرفة أعراض التوحد ومدى تأثيرها على قدرات الطفل وفعالياته في المنزل والمدرسة والمجتمع المحيط به، والأخصائي النفسي يستطيع أن يتابع تقييم حالة الطفل ويعطي الإرشادات والتوجيهات والتدريبات السلوكية اللازمة.

بعض المتوحدون يستفيدون من التوجيهات والإرشادات المقدمة من المتخصصين في هذا المجال، والذين يعرفون التوحد ونقاط الاضطراب وطريقة التعامل معها، ومساعدة العائلة تكمن في وجود مجموعة مساندة تجعل العناية بالطفل في المنزل أسهل، وتجعل حياة الأسرة مستقرة.

أساليب التدخل النفسي

حاول ليوكانر Leo Kanner 1943وهو أول من أكتشف التوحد وتفسير فرأى أن السبب يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) والطفل وبذلك نُظر للآباء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم.

ولذلك ظهرت الطرق والأساليب النفسية في علاج التوحد وقد اعتمدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يضطرب ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل و الانفعال الجيد السوي في علاقة مع الأم.

ويُركز العلاج النفسي على أهمية أن يخبر الطفل علاقات نفسيه وانفعاليه جيدة ومشبعة مع الأم، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه إلى استجابات ذهانية حادة.

ومن رواد هذا النوع من العلاج نجد ميلانى كلاين Melany Klienو برونوبتلهيلم Betteelheimومرشانت Merchant وقد تحمسوا للأسلوب النفسي في علاج التوحد وأشاروا إلى وجود تحسن كبير لدى الحالات التي عُولجت باستخدام الأساليب النفسية، إلا أن هناك بعض الباحثين الذين رأوا أن العلاج النفسي باستخدام فنيات التحليل النفسي في علاج التوحد له قيمة محدودة ويمكن أن يكون مفيدا للأشخاص المتوحديون ذوى الأداء الوظيفي المرتفع، كما أنه لم يتم التوصل إلى أدنى إثبات على أن تلك الأساليب النفسية كانت فعالة في علاج أو في تقليل الأعراض.

كما يُقدم العلاج النفسي القائم على مبادئ التحليل النفسي لآباء الأطفال على اعتبار أنهم السبب وراء مشكلة أطفالهم حتى يتسنى لهم مساعدة أطفالهم بصورة غير مباشرة .

أساليب التدخل السلوكي

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا واستخداما في العالم حيث تركز البرامج السلوكية على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة التوحد وهى تقوم على فكرة تعديل السلوك المبنية على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة كلياً. وتكمن أهمية أساليب التدخل السلوكي في:

أ- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتاً طويلاً.

ب- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح دون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالباً ما تتدخل في نتائج القياس.

ج- نظراً لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تُعير اهتماما للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها.

د- ثبت من الخبرات العملية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك.

أنواع التدخلات العلاجية السلوكية:

1- برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP)

2- برنامج معالجة وتعليم المتوحدون وذوى إعاقات التواصل((TEACCH

3- التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training

4- برنامج استخدام الصور في التواصل (PECS)

5- العلاج بالحياة اليومي (مدرسة هيجاش :) Daily Life Therapy DLT

6- التدريب على التكامل السمعي : Auditory Integration Training(ALT)

7- العلاج بالتكامل الحسي : Sensory Integration Therapy (SIT)

8- التواصل الميسر : Facilitated Commumication(FC)

9- العلاج بالمسك أو الاحتضان : Holding Therapy(HT)

10- العلاج بالتدريبات البدنية : Physical Exercise(PE)

11- التعليم الملطف : Gentle teaching(GT)

12- العلاج بالموسيقى Music Therapy (MT

برنامج لوفاس Young Autistic Program (YAP):

ويُسمى أحياناً بالعلاج التحليلى السلوكي أو تحليل السلوك Behavior Analysis Therapyومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو Ivor Lovaasفي عام 1978 وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قائم على النظرية السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العلاج عن (40) ساعة في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، ويُركز هذا البرنامج على تنمية مهارات التقليد لدى الطفل وكذلك التدريب على مهارات المطابقة Matchingوأستخدم المهارات الاجتماعية والتواصل.

وتُعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، كما أن كثير من الأطفال يؤدون بشكل جيد في المدرسة أو العيادة ولكنهم لا يستخدمون المهارات التي إكتسبوها في حياتهم العادية. وبالرغم من ذلك فهناك بعض البحوث التي أشارت إلى النجاح الكبير الذي حققه إستخدام هذا البرنامج في مناطق كثيرة من العالم

برنامج معالجة وتعليم المتوحدين وذوى إعاقات التواصل (TEACCH)

Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

وهذا البرنامج من إعداد ايريك شوبلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل البرنامج على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردى.

كما يقدم أيضاً هذا البرنامج خدمات التشخيص والتقييم لحالات المتوحدين وكذلك يقدم المركز القائم على هذا البرنامج وهو TEACCH Division في جامعة نورث كارولينا خدمات استشارية فنية للأسر والمدارس والمؤسسات التي تعمل في مجال التوحد والإعاقات المشابهة. ويُعطى برنامج TEACCHاهتماما كبيراً للبناء التنظيمي للعملية التعليمية Structured Learning الذي يؤدى إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص المتوحد.

ويعتبر أهم الوحدات البنائية القائم عليها البرنامج هي: تنظيم الأنشطة التعليمية - تنظيم العمل- جدول العمل. استغلال وظيفي متكامل للوسائل التعليمية.

ويمتاز برنامج TEACCH بأنه طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردى على حسب احتياجات كل طفل حيث يتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يُلبى احتياجات هذا الطفل.

وبالرغم من الانتشار الواسع الذي حققه برنامج TEACCHفي العالم إلا أنه مازال في حاجة إلى إثبات فاعليته من خلال بحوث ميدانية علمية تطبيقية فلم تجرى المؤسسات والمراكز العلمية مقارنة بين فاعلية هذا البرنامج والبرامج العلاجية الأخرى

برامج التعليم المناسب

التعليم والتدريب هما أساس العملية العلاجية لأطفال التوحد، حيث أنهم يواجهون الكثير من الصعوبات في المنزل والمدرسة، بالإضافة إلى الصعوبات السلوكية التي تمنع بعض الأطفال من التكيف مع المجتمع من حولهم، ولذلك يلزم وضع برنامج للتعليم خاص ومدروس ومناسب للطفل، والذي بالتالي يؤدي إلى النجاح في المدرسة والحياة.

المقّوم الرئيسي لنوعية البرنامج التعليمي هو المدرس الفاهم، كما أن هناك أمور أخرى تتحكم في نوعية البرنامج التعليمي ومنها :

- فصول منظمة بجداول ومهمات محددة
- المعلومات يجب إبرازها وتوضيحها بالطريقة البصرية والشفوية
- الفرصة للتفاعل مع أطفال غير معاقين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والمهارات السلوكية
- التركيز على تحسين مهارات الطفل التواصلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال Devices
- الإقلال من عدد طلاب الفصل مع تعديل وضع الجلوس ليناسب الطفل المتوحد والابتعاد عن ما يربكه.
- تعديل المنهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه، معتمداً على نقاط الضعف والقوة لديه.
- استخدام مجموعة من مساعدات السلوك الموجبة والتدخلات التعليمية الأخرى.
- أن يكون هناك تواصل متكرر وبقدر كاف بين المدرس والأهل والطبيب.

التعليم الملطف Gentle teaching(GT)

أستخدم هذا النوع من العلاج بواسطة McGee فى1985 كنوع من العلاج وقد أشار إلى انه ناجح مع الأفراد ذوى صعوبات التعلم والسلوكيات التي تتسم بالعناد وتهدف هذه الطريقة إلى تقليل سلوكيات المعاندة باستخدام اللطف والاحترام تقوم على افتراضين أساسيين هما:

1- أن يتعلم المعالج الاحترام للحالة الانفعالية للطفل ويتعرف على طبيعة إعاقته بكل أبعادها.

2- إن سلوكيات المعاندة أو العناد هي رسائل تواصليه قد تُشير إلى اضطراب أو عدم راحة أو قلق أو غضب.

العلاج بالموسيقى Music Therapy (MT)

هذا النوع يُستخدم في معظم المدارس الخاصة بالأطفال المتوحدين وتكون نتائجه جيدة فقد ثبت على سبيل المثال أن العلاج بالموسيقى يُساعد على تطوير مهارات انتظار الدور Turntaking وهى مهارة تمتد فائدتها لعدد من المواقف الاجتماعية.

والعلاج بالموسيقى أسلوب مفيد وله آثار إيجابية في تهدئه الأطفال المتوحدين وقد ثبت أن ترديد المقاطع الغنائية علي سبيل المثال أسهل للفهم من الكلام لدي الأطفال المتوحدين وبالتالي يمكن أن يتم توظيف ذلك والاستفادة منه كوسيلة من وسائل التواصل.

وهناك العديد من الأساليب العلاجية الأخرى ولكنها الأقل شيوعاً وانتشاراً.

العلاج بالدمج الحسي Sensory integration therapy

إن الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر، الصوت، اللمس، التذوق، الشم، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم.

على ضوء تقييم الطفل، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سوياً

ليكون رد الفعل مناسباً، وكما في العلاجات الأخرى، لا توجد نتائج تظهر بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy (SIT)

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي دكتورة Jane Ayres وهذا العلاج مأخوذ من علم العلاج المهني ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس الصادر من الجسم وبالتالي فإن خللاً في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس مثل (حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) قد يؤدى إلى أعراض التوحد وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنها.

ولكن ما يجدر الإشارة إليه هو أنه ليس كل الأطفال المتوحدين يُظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك أبحاث لها نتائج واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال المتوحدين.

تسهيل التواصل Facilitated communication

هذه الطريقة تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم، بمساعدتهم جسدياً وتدريبياً، حيث يقوم المدرب - المسهّل - بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة، اللمس على الكتف للتشجيع. فالشخص المصاب باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة، والمساعدين يقدمون السند والمساعدة الجسمية له، وهذا العلاج ينجح عادة مع الأطفال الذين عندهم مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

التدريب على المهارات الاجتماعية (SST) Social Skills Training

ويشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص المتوحدين على التفاعل الاجتماعي. ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يُعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضرورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها المتوحدين في هذا الجانب واضحة وتفوق في

شدتها الجوانب السلوكية الأخرى وبالتالي فإن محاولة معالجتها لأبد وأن تمثل جزءً أساسياً من البرامج التربوية والتدريبية.

وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبنى على عدد من الافتراضات وهى:

أ - إن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتُعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

ب- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها ويمكن أن تُعلم مثل تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب على مسرحية درامية.

ج- إن القصور الاجتماعي Social Deficit ينتج من نقص المعرفة بالسلوكيات المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمراً ممكناً على الرغم مما يُلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض المتوحدين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها وفى بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل المتوحد متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعلمه بطريقة نمطية ولم يُكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

برنامج استخدام الصور في التواصل Picture Exchange (PECS) Communication System

يتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب للشخص المتوحد الذي يعانى من عجز لغوي حيث يتم بدء التواصل عن طريق تبادل صور تُمثل ما يرغب فيه مع الشخص الآخر (الأب ، ألام، المدرس) حيت ينبغي علي هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل و يُساعده علي تنفيذ رغباته و يستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزاً أو صوراً وظيفية رمزية في التواصل (طفل يأكل ، يشرب، يقضي حاجته،يقرأ، في سوبر ماركت، يركب سيارة.

وهذا الأسلوب يعكس أحد أساليب التواصل للأطفال المتوحدين الذين يعانون من قصور وسائل التواصل اللفظي و غير اللفظي و قد نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق Bondy

Frost في عام 1994 حيث ابتكر هذا البرنامج الذي يقوم علي استخدام الشخص المتوحد لصورة شيء يرغب في الحصول عليه و يقدم هذه الصورة للشخص المتواجد أمامه الذي يلبي له ما يرغب.

و يُبني هذا البرنامج علي مبادئ المدرسة السلوكية في تطبيقاته مثل التعزيز، التلقين، التسلسل العكسي و غيرها. و لا تقتصر فائدة برنامج PECSعلي تسهيل التواصل فقط بل أيضا يُستخدم في التدريب والتعليم داخل الفصل.

التواصل الميسر Facilitated Commumication (FC)

هذه الطريقة هي إحدى الفنيات المعززة للتواصل للأشخاص غير القادرين على التعبير اللغوي أو لديهم تعبير لغوى محدود ولذلك فهو يحتاج إلى ميسر يزود بالمساعدة الفيزيائية، فعلى سبيل المثال عند الكتابة على الكمبيوتر يقوم الميسر (الشخص المعالج) بدعم يد الشخص المتوحد أو ذراعه بينما الفرد المتوحد يستخدم الكمبيوتر في هجاء الكلمات وهذا النوع من العلاج يُبنى على أساس أن الصعوبات التي تواجه الطفل المتوحد إنما تنتج من اضطراب الحركة علاوة على القصور الاجتماعي والتواصلي وعلى ذلك فإن المساندة الفيزيائية المبدئية عند تعلم مهارات الكتابة يمكن أن يؤدى في النهاية إلى قدرة على التواصل غير المعتمد على الميسر (الآخر) كما أن هذا الأسلوب يُركز أساساً على تنمية مهارات الكتابة. وقد حظيت هذه الطريقة باهتمام إعلامي مباشر في وسائل الإعلام الأمريكية ولكن رغم ذلك لم تُشير إلى وجود فروق بين الأداء باستخدام الميسر أو الأداء المستقل بدون استخدام الميسر.

العلاج بالحياة اليومية مدرسة هيجاش DLT Daily Life Therapy

ابتُكر هذا الأسلوب من العلاج عن طريق العالمة Kiyo Kitahara من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب اسم مدرسة هيجاش وهى كلمة باليابانية تعنى الحياة اليومية وهذا النوع من العلاج ينتشر في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لدية معدل عالي من القلق، ولذلك يُركز هذا البرنامج على التدريبات البدنية (تدريب بدني تطلق فيه الاندروفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط) بالإضافة إلى كثير من الموسيقى والدراما مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة واهتمام أقل قدر بتنمية المهارات التواصلية التلقائية أو تشجيع الفردية ولكن هذا النوع من العلاج ما زال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته.

العلاج بالدمج السمعي Auditory integration therapy

يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال و زيادة قدرتهم على الكلام، زيادة تفاعلهم مع أقرانهم، وتحسن سلوكهم الاجتماعي

التدريب على التكامل السمعي Auditory Integration Training (ALT)

وقد ابتكر هذه الطريقة Berard 1993 وقد افترض في هذا النوع من التدريب أن الأشخاص المتوحدون مصابين بحساسية في السمع (فهم إما مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية) ولذلك فإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى آذان المتوحدين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدى إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصها.

ويشمل الاستماع لهذه الموسيقى مدة (10) ساعات بواقع جلستين يومياً كل جلسة لمدة (30) دقيقة. وهذا النوع من التدخل يأمل أنصاره أن يؤدى إلى زيادة الحساسية الصوتية أو السمعية أو تقليلها ويؤدى ذلك إلى تغير موجباً في السلوك التكيفي وينتج نقصاً في السلوكيات السيئة. وقد أجريت بعض البحوث حول التكامل أو التدريب السمعي وقد أظهرت بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص متحمسون لهذا العلاج وتكون النتائج سلبية حينما يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون خاصةً مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي.

العلاج بالمسك أو الاحتضان Holding Therapy(HT)

يقوم العلاج بالاحتضان على فكرة أن هناك قلق مُسيطر على الطفل المتوحد ينتج عنه عدم توازن انفعالي مما يؤدى إلى انسحاب اجتماعي وفشل في التفاعل الاجتماعي وفى التعلم وهذا الانعدام في التوازن ينتج من خلال نقص الارتباط بين الام والرضيع وبمجرد استقرار الرابطة بينهما فإن النمو الطبيعي سوف يحدث.

وهذا النوع من العلاج يتم عن طريق مسك الطفل بإحكام حتى يكتسب الهدوء بعد إطلاق حالة من الضيق وبالتالي سوف يحتاج الطفل إلي أن يهدأ وعلى المعالج (الأب، الأم، المدرس........الخ) أن يقف أمام الطفل ويمسكه في محاولة لأن يؤكد التلاقي بالعين ويمكن أن تتم الجلسة والطفل جالس على ركبة الكبير وتستمر الجلسة لمدة (45) دقيقة والعديد من الأطفال ينزعجوا جداً من هذا الوقت الطويل. وفى هذا الأسلوب العلاجي يتم تشجيع أباء وأمهات المتوحدين على احتضان (ضم) أطفالهم لمدة طويلة حتى وإن كان الطفل يمانع ويحاول التخلص والابتعاد عن والديه ويعتقد أن الإصرار على احتضان الطفل باستمرار يؤدى بالطفل في النهاية إلى قبول الاحتضان وعدم الممانعة وقد أشار بعض الأهل الذين جربوا هذه الطريقة بأن أطفالهم بدأو في التدقيق في وجوههم وأن تحسناً ملحوظاً طرأ على قدرتهم على التواصل البصري كما أفادوا أيضا بأن هذه الطريقة تساعد على تطوير قدرات الطفل على التواصل والتفاعل الاجتماعي. ولكن جدوى استخدام أسلوب العلاج بالاحتضان في علاج التوحد لم يتم إثباتها علمياً.

العلاج بالتدريبات البدنية Physical Exercise(PE)

مؤسس هذه الطريقة هو Rinland 1988 وقد رأى أن الإثارة العضلية النشطة لعدة ساعات يومية يمكن أن تصلح الشبكة العصبية المعطلة وظيفياً ويفترض أنصار هذا الأسلوب أن التدريب الجسماني العنيف له تأثيرات ايجابية على المشكلات السلوكية حيث أن نسبة 48% من (1286) فرداً من أباء الأطفال المتوحدين قد قرروا أن هناك تحسناً ناتجاً عن التمارين الرياضية حيث لاحظ الآباء نقص في أنه يحسن مدى الانتباه والمهارات الاجتماعية كما يقلل من سلوكيات إثارة الذات كما يرى بعض الباحثين أن التمارين الرياضية في الهواء الطلق تؤدى إلى تناقص هام في إثارة الذات إلى زيادة الأداء الأكاديمي.

أساليب التدخل الطبي

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه و حتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو التدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدى إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن ذلك أو استخدامه بحذر.

ويُركز العلاج الدوائي أو الطبي في الطفولة المبكرة على أعراض مثل العدائية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة الوسطى والمتأخرة، أما في المراهقة والرشد وخاصة لدى المتوحدين من ذوى الأداء المرتفع فقد يكون الاكتئاب والوسواس القهري هي الظواهر التي تتداخل مع أدائه الوظيفي وكل من الخبرة الإكلينيكية والبحث العلمي يظهر أن فاعلية العقار يمكن أن تجعل الشخص المتوحد أكثر قبولاً للتعلم الخاص أو للمداخل النفسية الاجتماعية وقد تُسير عملية التعلم وهناك العديد من العقاقير التي تُستخدم مع الأطفال المتوحدين مثل العقاقير المنبهة Stimulant Meauiation أو منشطات الأعصاب Neuralpties أو مضادات الاكتئاب Antidepressant والعقاقير المضادة للقلق Medication Antianxiety والعقاقير المضادة للتشنجات Anticpnvulsants.

أساليب العلاج بالفيتامينات Vitamins Treatment

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسناً في السلوكيات.

فقد أجريت في فرنسا دراسة Lelard et al 1982 وأشارت نتائج الدراسة إلى أن العلاج بفيتامين - ب6- ينتج عنه تحسنان سلوكية في (15) طفل ضمن عينه قوامها (44) طفل متوحد وفى دراسات أخرى قام بها Martieau et aL 1988 قررت أن خلط فيتامين - ب6- مع الماغنسيوم Magnesieum يُنتج تحسناً أفضل من استخدام فيتامين - ب- بمفرده.

القواعد الأساسية التي تتبع في تنفيذ الخطط العلاجية للتوحد

1- الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدى وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.

2- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة... الخ).

3- محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.

4- عدم إحداث تغييرات تؤدى إلى إحداث توتر عصبي لديه.

5- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.

6- استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.

7- تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد، مبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلوين وبعمل المجسمات.

8- تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.

9- الاستعانة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.

10- تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم ولتوديع المغادر.. الخ، وهى أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.

11- ضروري تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.

12- الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.

13- تنشيط استجابته للمثيرات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسية وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.

14- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات.

الأمور التي يمكن أن تقوم العائلة بتدريب الطفل المتوحد عليها:

إذا كانت مثلاً للطفل الطبيعي فإنها حقيقة للطفل المتوحد، فحتى مع وجود المعهد والمدرسة المتخصصة فإن العبء الأكبر يقع على الوالدين في تعليم المهارات الأساسية والتدريب على السلوكيات المرغوبة، ولكن الطفل المتوحد له خصائصه ولا يمكن تدريبه كالطفل الطبيعي، كما أن لكل طفل توحدي مشاكله الخاصة به، لذلك فعلى الوالدين معرفة إعاقة طفلهم والمعوقات التي تعترض طريقه، وطلب المساعدة من المتخصصين وأهل الخبرة لرسم البرنامج التدريبي الخاص به وكيفية القيام به ومعرفة الأولويات لذلك، وأن يكون التدريب مركزاً على مشكلة واحدة في نفس الوقت، والصبر في ذلك للحصول على النتائج المرجوة، وهنا لابد من ذكر بعض القواعد الأساسية في التدريب :

1- الأطفال يميلون إلى تعلم السلوك المتبوع بمكافئة، وأغلى مكافئة هي الشعور بالمحبة.

2- تعلم المهارة الجديدة يكون أسهل إذا جزئت إلى خطوات وأجزاء صغيرة.

3- كل مهارة يجب أن تسبقها مهارة أخرى (يجب أن نتعلم المشي قبل الجري)

4- التشجيع والحث على أداء التجربة الجديدة وعدم إظهار الخيبة

5- استخدام المهارة التي أكتسبها الطفل في وقت سابق وأتقنها كعامل مساعد لاكتساب مهارة جديدة.

6- الاستمرارية والتكرار والصبر أساس النجاح.

تعليم الاسم :

جميع الآباء يحبون تدليل أطفالهم ويطلقون عليهم الكثير من الأسماء تدليلاً لهم، والطفل يتجاوب مع هذا التدليل، ولكن الطفل المتوحد لا يفهم ذلك ومن الأفضل استخدام أسم واحد لكي لا يختلط عليه الأمر، ويمكن ترسيخ الاسم في ذاكرته من خلال استخدامه مع شيء محبب له (خالد – الأكل) لكي يعرف أن الغاية من ذلك هو لفت انتباهه، كما يجب عدم ذكر الاسم في حالة الغضب والنهي، ويفضل عدم تكرار أسمه عند الحديث مع الآخرين في وجوده.

تعليم الأوامر والنواهي :

الأوامر والنواهي جزء أساسي ومهم من التدريب السلوكي، في البداية يجب ربط الكلمات بالتلامس الجسدي وإظهار التعبيرات، وأن تقال كلمة (لا) بحزم (لا تلمس) وأن تكون الجملة قصيرة، وعند تطبيق الأمر وانتهائه بإعطاء الطفل المكافئة وإظهار الحب والامتنان، ولكن بعض الأطفال المتوحدين يقاومون التواصل الجسدي كما اللفظي، ويرغبون أن يكون التفاعل معهم بشكل عنيف (حيث يجدون متعة في ذلك) لذلك يجب عدم مجاراتهم في ذلك، وتغيير هذا السلوك يتم عن طريق اجتنابه، وتكرار الأمر والنهي حتى يتم تطبيقه.

تعليم العناية بالذات :

وذلك يشمل ارتداء الملابس، الاغتسال، تنظيف الأسنان، التعود على قضاء الحاجة (الحمام)، وغيرها من أساسيات الحياة اليومية، الطفل الطبيعي يقوم بتقليد والديه

ومجتمعه لاكتساب المهارات والعادات، ولكن الأطفال المتوحدين تنقصهم مهارة التقليد والمحاكاة، كما أن لديهم نزعة مقاومة التدريب والتعليم، وقد يكون التدريب مصدر قلق لهم مما يؤدي إلى هياج الطفل وصراخه، والتدريب على هذه المهارات لا يتم عن طريق شرح الأمر لهم ولكن عن طريق إشعارهم بكيفية الأداء عملياً عبر خطوات وحركات ثابتة، وأن يتم التكرار بنفس الطريقة مرات ومرات، وقد يحتاج الأمر إلى تجزئة المشكلة إلى خطوات صغيرة.

تعليم الأكل وأساليبه :

الطعام مهم لنمو الجسم والوقاية من الأمراض، والطفل المتوحد لديه مشاكل مع الأكل ومنها النمطية ورفض بعض الأطعمة، لذلك ينصح باستخدام طاولة الأكل لجميع الوجبات، وقد يستخدم الطفل نفس الكرسي في نفس المكان وبنفس الأدوات والأطباق، وقد يتعود على وجود نفس الأشخاص في جميع الوجبات، كما قد يرفض وجود آخرين بسبب النمطية، وتكمن المشكلة في تعوده على نفس النوع من الأكل ورفض التغيير، وهنا يكون دور الوالدين في تغيير هذه السلوكيات (حلول المشاكل).

التدريب على الحمام :

بعض الأطفال المتوحدين يتقنون استخدام الحمام في نفس العمر كأقرانهم الطبيعيين، وآخرون تكون لديهم صعوبات في ذلك مما يسبب قلقاً وإزعاجاً لوالديهم ومن يعتني بهم في المنزل والمدرسة، وقد يعتمدون على الحفّاضات، وهنا ننصح بتغييرها حالما تبتل حتى لا يعتاد على البلل، وعند التدريب يجب معرفة شعورهم بالأمان وأن لا يكون هناك شعور سابق مؤذي للطفل، وأن يكون التدريب في وقت محدد من اليوم (بعد الوجبات مباشرة) ليتعود على الوقت، وأن يترك على المرحاض لمدة معينة تزداد تدريجياً، وأن تكون المكافئة وإظهار الحب هي نهاية النجاح اليومي (حلول المشاكل).

التدريب على اللعب :

اللعب مهم جداً لحياة الطفل وتنمية مهاراته الحركية والفكرية، ولكن الطفل المتوحد لديه ضعف في القدرة الإبتكارية والتخيلية، لذلك فإن اللعب نفسه قد يكون مشكلة بدلاً من أن يكون متعة، وبعضهم يقوم باللعب بطريقة مكررة ونمطية وقد ينظر إلى اللعبة وقت طويل، كما أن البعض يرفضون الألعاب المحبوبة مثل الأرجوحة وكرة القدم، وقد تكون

اللعبة نفسها خطراً على الطفل، وعند التدريب فقد يحتاج إلى جهد مضاعف، فتدريب دراجة ذات ثلاث عجلات يحتاج إلى شخصين أحدهما لتدريب الأرجل على الحركة، واللعب قد يكون هو الوسيلة التعليمية المناسبة واستخدامها كرمز عند التدريب على السلوكيات الجديدة.

تعليم اللغة والتواصل اللغوي :

تختلف القدرة اللغوية والتواصل اللغوي من طفل لآخر، كما أن بعض المتوحدون يظهرون كأنهم صم، والبعض لديهم صعوبات بسيطة، وآخرون غير قادرين على إصدار النبرات الصوتية، وتعليم اللغة ليس أمراً سهلاً، لذلك فعلى الوالدين معرفة قدرات طفلهم والصعوبات التي تواجهه، وأن يتلقوا تدريباً خاصاً على كيفية التدريب من متخصص في النطق، وبعض الأطفال لديهم مشاكل كالترددية وعكس الكلام كما عدم فهم التشبيه والكناية وغيرها، ومن المهم عدم تثبيط همة الطفل أو ترهيبه، والصبر والمثابرة هي طريق النجاح.

معرفة صحة الطفل ومرضه:

ضعف القدرة على التواصل اللغوي وغير اللغوي من أساسيات التوحد، لذلك فمن الصعوبة تعبير الطفل عن آلامه أو الإشارة إلى موضع الألم، لذلك فمن المهم على الوالدين ملاحظة طفلهم والانتباه لوجود أي تغيرات مهما كانت بسيطة قد تدل على تغير حالة الطفل الصحية، ومن أمثلة ذلك تغير أو اضطراب النوم، ضعف الشهية للطعام، وجود طفح جلدي، ارتفاع درجة الحرارة، وقد يكون الفحص الطبي مشكلة لدى الطفل المتوحد، لذلك يجب استخدام اللعب وتقليد الطبيب كطريق لأدائه، وإذا تطلب الأمر إدخال الطفل إلى المستشفى فإن وجود والدته معه ضروري جداً.

يمكن الاستعانة بأخصائي العلاج الطبيعي على الكيفية التي نستطيع من خلالها السيطرة على أي حركة غير إرادية، وتقوية التواصل النظري الحركي، وعندما يستطيع الطفل السيطرة على هذه الحركات فإن الاحتياج لها سوف يضعف ثم يختفي، وقد تأخذ العملية الكثير من الوقت والجهد، وقد لا تختفي نهائياً، ولكن نكون قد دربنا الطفل على السيطرة عليها في أوقات الانفعالات.

هذه الحركات مزعجة للعائلة وللطفل، وإن كانت لا تؤثر على مجرى الحياة اليومية لطفلك فقد تكون محرجة لكما في المدرسة والمجتمع، ويمكن التدريب على السيطرة على الحركات الغريبة من خلال الخطوات التالية:

- البدء في حل المشكلة خطوة خطوة **Small steps**

إذا كانت هذه الحركات تجلب الراحة للطفل فمن الصعوبة السيطرة عليها ليس للسبب الحركي وحده ولكن للأسباب النفسية والعاطفية، لذلك فإن احترامك لاحتياجات الطفل سوف تساعد على التحكم في هذه الحركات عن طريق تجزئتها ومن ثم التعامل معها، وعادة ما يتم البدء في الحركات التي تؤدي إلى مشاكل وقت حدوثها، ويمكن استخدام اللعب والتعامل المباشر مع الطفل للسيطرة عليها، فالطفل يقوم بعمل ما يريد من حركات، ومن خلال اللعب يمكن السيطرة عليها تدريجياً، وفي النهاية سيفضل التعامل واللعب معك بدون وجود أو ظهور لهذه الحركات.

- وقت التدريب **Training Time**

يمكن استخدام وقت اللعب والتدريب للتعامل مع هذه الحركات، فعند قيام الطفل بالحركات غير الإرادية فيمكن تحويل الحركة ذاتها إلى حركة إرادية مفيدة ومن ثم إلغاء الأولى.

- إذا كان الطفل يحرك جسمه ويدور به، فيمكن الإمساك به وجعل هذه الحركة كجزء من الرقص.
- إذا كان يمص إصبعه مثلاً فضع إصبعك في فمه وأطلب منه مصّه لإشباع رغبته.
- إذا كان يهز جسمه إلى الأمام والخلف فضع دمية في حضنه وغني له أغنية – الأرجوحة – لجعل الاهتزاز عملية إرادية.

قد نرى الطفل ينظر إلى اللعبة ويديرها من كل النواحي، وتلك استثارة بصرية أو أنه يحاول الاندماج معها للابتعاد عنك وعن المؤثرات الأخرى، فأخذ هذه اللعبة منه قد تثير التهيج لديه، لذلك فعليك النظر معه على نفس المجسم والتركيز مثله، وإذا لم يوافقك النظر معه فحاول إعطاءه مجسم آخر لينظر له، كما يمكن استثارته بإعطائه عدسة مكبرة لكي ينظر من خلالها أو نظرات شمسية لتغيير حدة التأثير البصري، كما يمكن استخدام اللعب لجلب التوافق الحركي البصري، وكمثال على ذلك :

- يمكن باستخدام المصباح للبحث في الظلام عن اللعبة المفضلة لديه.
- ثم البحث في الظلام بالمصباح عن الأثاث.
- استخدام الألعاب المتحركة لتقليل التركيز.
- تعليق الألعاب المفضلة لدى الطفل وجعلها متدلية من السقف.

استخدام الرمزية واللعب

إذا كان الطفل قادر على الكلام فتكلم معه عن الحركة غير الطبيعية التي يقوم بها وكيفية التحكم فيها، ولكن يجب التركيز على نقاط معينة:

-كيف تحدث هذه الحركات ؟
- هل هناك مواقف أو مؤثرات تؤدي لحدوثها ؟
-هل تحدث في وقت محدد يومياً ؟
-هل تحدث في المنزل أم خارجه ؟
- ما هي أحاسيس الطفل قبل حدوثها ؟
- ما هي أحاسيسه وقت حدوثها ؟
- ما هي أحاسيسه عندما يقوم الآخرين بمضايقته ؟
-هل هناك طريق يمكن أتباعه لجعل هذا السلوك مقبولاً من المجتمع ؟

قد لا يكون هناك جواباً، وقد يحك رأسه، وقد تظهر عليه الحركة نفسها، وهناك أشياء تساعد الطفل على إفراغ انفعالاته ومن ثم تغيير السلوك غير المرغوب فيه، فمثلاً :

- إذا كانت الحركة هي لمس الأشياء أو نقرها، فإعطاءه كرة صغيرة تكون معه طوال الوقت، ليستخدمها عند إحساسه بالرغبة في الحركة المذكورة
-إذا كان يرغب في وضع شيئاً في فمه، فيمكنه استخدام اللبان

الهدف من التدريب هو جعل الطفل قادراً على الإحساس بنفسه وما يقوم بعمله، والنقاش السهل الواضح يجعل الحل أسهل، حتى وإن لم يكن الطفل قادراً على إزالة المشكلة فهو قادر على تخفيف حدتها، وقد لوحظ أن بعض الأهل يحاولون إزالة الحركة نهائياً، آملين في منع ما يحدث للطفل عند مواجهة أقرانه، ولكن لوحظ فشلها، فبناء القوة الداخلية للطفل هي الأساس في منعها.

التفاهم العاطفي Empathizing

ملاطفة الطفل ومجاراته في انفعالاته وأحاسيسه عند الحديث عن الحركة التي يقوم بها ستكون هي الرافد للوصول للنجاح، كما أن مضايقة الآخرين له تؤذيه وتزيد من انفعالاته ومن ثم ظهور الحركة بشدة، لذلك يحتاج إلى الكثير من الدعم في المنزل.

النقطة الخامسة: بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

من المهم التحكم في انفعالات الطفل وتحويلها إلى الكلام وليس المهم تغيير الحركات نفسها، فالانفعال شعور مهم للإنسان ويجب احترام الطفل ورغباته، كما يجب أن يعرف الطفل عدم حصول العقاب إذا حدثت الحركة وأن هناك مكافئة عند عدم حدوثها.

فالتشجيع يجب أن يكون مستمراً، وأن يكافئ الطفل عند نجاحه في تخطي أحدى العقبات، كما من المهم أن يجد الطفل طريقاً للتعبير عن مشاعره وانفعالاته.

القاعدة الذهبية Golden roles

من المهم إعطاء الطفل الكثير من الوقت خلال اللعب والتدريب لتخطي العقبات، كما يجب إظهار الفرح والتشجيع عند نجاحه في تخطي أحد العقبات، كما الاستمرارية والصبر.

الفصل العاشر

10

صعوبات التعلم

Learning Disorder

تقديم

تعد فئة الطلبة ذوي صعوبات التعلم أ كبر فئة من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وهي أكثر الحالات انتشاراً بين طلبة المدارس بشكل عام فقد أوضحت الدراسات أنه لايقل عن (3- 5%) من طلبة المدارس كحد أدنى تعاني من صعوبة تعليمية ما سواء كانت هذه الصعوبة في القراءة أو في الكتابة أو في الإملاء أو في الرياضيات، وبالتالي فإن هذه الفئة بحاجة إلى تعليم خاص، ويمكن تعريف صعوبات التعلم" على أنها اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية الخاصة بفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة والتي تتجسد في قدرة غير مكتملة على الإصغاء أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو القيام بالعمليات الحسابية، ويشمل مصطلح صعوبات التعلم كذلك حالات الإعاقة الإدراكية والإصابة الدماغية، والخلل الوظيفي الدماغي الطفيف وصعوبات اللغة والحبسة الكلامية التطورية، وينبغي التأكيد على أن صعوبات التعلم لا تشمل الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية ناتجة مبدئياً عن إعاقات حسية أو حركية أو الإعاقة العقلية أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي أو الثقافي أو الاقتصادي "

إن تشخيص حالات صعوبات التعلم بحاجة إلى مقاييس خاصة يجريها مختصون في هذا المجال إلا أن هنالك بعض المظاهر يمكن ملاحظتها على الطلبة الذين يعانون من صعوبة تعليمية ما، تعطينا هذه الخصائص والمؤشرات أن هناك مشكلة ما بحاجة إلى تدخل سريع لتفادي تنامي هذه المشكلة ومن هذه المظاهر في مجال القراءة مثلاً عدم معرفة الطالب لأسماء الحروف، أو عدم التمييز بين الحروف المتشابهة مثل (ذ، د) عدم إعطاء حروف المد حقها، حذف الحرف الأخير من الكلمة، حذف بعض الحروف... ومن الأمثلة على الأخطاء التي يقع فيها من لديه صعوبة في مادة الرياضيات أن لا يستطيع مثلاً العد المجرد، أو الخطأ في عملية الجمع أو الطرح، أو لا يستطيع معرفة الرموز، وقيم الخانات، ومن الأخطاء التي يقع فيها من لديه صعوبة في مادة الإملاء إضافات بعض الحروف أو حذفها، عكس الحروف، عكس الكلمة بالكامل، وضع حركة بدل حرف المد، وضع نون مكان التنوين والعكس، حذف اللام الشمسية.

تتمثل سبل العلاج للطلبة من ذوي صعوبات التعلم في البرامج والاستراتيجيات الخاصة التي تقدم بشكل فردي لكل طالب وحسب الصعوبة التي يعاني منها ومن هذه الاستراتيجيات التركيز على استعمال الحواس المتعددة في عملية التدريس، التركيز على

الأمثلة المحسوسة، ربط ما تعلمه الطالب بالخبرات الشخصية، حذف التفاصيل غير الضرورية أثناء عملية التعلم، تقسيم المادة إلى دروس قصيرة ليسهل تعلمها...

إن ملاحظة وجود صعوبة تعليمية ما عند الطالب في بداية دخوله للمدرسة أو قبل ذلك يعتبر عاملاً مهماً في تقديم الخدمة المناسبة له، وتقع مسؤولية اكتشاف مظاهر صعوبات التعلم على الوالدين بصورة أولية وعلى من ثم على معلمة الصفوف الأولية والتي ينبغي أن تكون على دراية بمظاهر صعوبات التعلم كي تقوم بدورها بتقديم التدخل المناسب للطالب أو لتحويله إلى غرفة المصادر في المدرسة لكي يقوم المختصون بتقديم التدريس المناسب للطالب والمبني على الخطة التربوية الفردية.

وينبغي التذكر على أن مستوى ذكاء الطلبة من ذوي صعوبات التعلم يتراوح من فئة الذكاء المتوسط إلى فئة الذكاء المرتفع، لذا فإذا لديه صعوبة تعليمية ما ليس لا يعتبر من ذوي الإعاقة العقلية مطلقاً، لذا فإن قضية التشخيص تعتبر ضرورية وينبغي أن لا يقوم بها إلا المختصون فقط لأنه بناءً عليها يتم. إن مصطلح الصعوبات التعليمية قد ظهر إلى حيز الوجود نتيجة التشخيص وتقديم الخدمة إلى عدد من الطلاب كانوا يفشلون باستمرار في عملهم المدرسي، ولكنهم في الوقت نفسه لا يصنفون ضمن فئات الطلاب غير العاديين، فلا هم بالبكم ولا هم بالصم ولا هم مصابون بالعمى.

مفهوم صعوبات التعلم

لقد أسهمت عدة ميادين وعلوم في تعريف الصعوبة التعليمية كعلوم الطب واللغة وعلم النفس والتربية، مما جعل هناك تعريفات مختلفة لصعوبات التعلم.

لقد تطور مفهوم صعوبات التعلم، وأصبح يضم مجموعات مختلفة تحت مسمى واحد وذلك لأغراض إدارية، حيث بدأ العلماء في وضع تعريفات متنوعة فمنها ما يميل إلى المجال التربوي ومنها ما يميل إلى المجال الطبي، ورغم اختلافهم في صيغ التعريفات إلا أنهم يتفقون على خصائص التلاميذ الذين لديهم صعوبات التعلم.

ومن التعريفات المهمة لصعوبات التعلم ما ورد في تعريف الجمعية الأمريكية " إن صعوبات التعلم تظهر على شكل اضطراب في عملية أو أكثر من العمليات الفكرية الداخلة في فهم أو استعمال اللغة الشفوية أو المكتوبة، وان هذا قد يظهر على شكل اضطراب في الاستماع أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو الكتابة أو الإملاء أو الحساب.

النظريات المفسرة لصعوبات التعلم

أولاً: النظريات المتصلة بمهمات التعلم.

تركز هذه النظريات على حقيقة العمل المدرسي غالبا ما لا يكون ملائما للأنماط المميزة للأطفال في القدرة وفي أساليب التعلم وأنه يمكن أن تسهم هذه المهام في صعوبات التعلم إذا كان ما يدرسه المعلم والكيفية التي يدرسه بها لا يضاهي او لا يناسب ما يعرفه التلميذ والكيفية التي يتعلم بها.

ثانياً: النظريات المعتمدة على ظروف التعلم.

تركز هذه النظريات على أن كثير من العوامل البيئية تسهم في خلق اضطرابات تعلم لدى الأطفال العاديين او تضخيم نواحي الضعف الموجودة فعلا ومن العوامل البيئية التي قد تكون مسئولة عن صعوبات التعلم التغذية والاستثارة غير الكافية والفروق الاجتماعية والثقافية والمناخ الانفعالي غير الملائم والسموم البيئية والتدريس غير الفعال ولهذا ذهب بيتمان إلى أن مصطلح صعوبات التعلم ينبغي أن يستبدل بمصطلح صعوبات التدريس مما يشير إلى أن التركيز ينصب على عدم ملائمة مهارات المعلمين وبيئة التدريس وليس على جوانب النقص فعلا.

ثالثاً: نظريات الاضطراب الإدراكي الحركي.

يقيم أصحاب النظرية الحركية الإدراكية أو نظرية التعلم الحركي قدرا كبير من نظامهم العلاجي على فروض راسخة ذات قبول عام ويعتقد أصحاب هذه النظرية أن الأطفال يتعلمون أول الأمر من خلال سلسلة من الاكتشافات الحركية الأساسية تفترض هذه النظرية أن جميع أنماط التعليم تعتمد على أسس حسية حركية ثم تتطور هذه الأسس من الإدراك الحركي إلى مستوى أعلى من التنظيم هو الإدراك المعرفي ولذا يرى أصحاب هذه النظرية أن معظم الأطفال أصحاب صعوبات التعلم يعانون من اضطراب نيرولوجي المنشأ في المجال الإدراكي الحركي وأن هذا الاضطراب هو السبب في عدم قدرة الطفل على التعلم وحتى يتمكن الطفل من التعلم بشكل طبيعي يستلزم ذلك البدء في علاج جذور المشكلة وهي الاضطراب في المجال الإدراكي الحركي

الفرق بين صعوبة التعلم وبطء التعلم والتخلف العقلي

بطء التعلم

يطلق على الأشخاص يقعون على حدود عدم الاستواء العقلي، ولكنهم قادرون على الأداء إذا منحوا برنامجاً تربوياً مناسباً، ويستخدم مصطلح بطء التعلم في الأدب النفسي والتربوي لوصف الطفل الذي لديه قدرة تعليمية ضعيفة في جميع المواد الدراسية، ونسبة الذكاء لديهم تكمن بين (70 - 85) درجة، ويصاحبها عادةً تقدم دراسي بسيط، والجدير بالذكر أن الأطفال بطيء التعلم عددهم يساوي تقريباً عدد الطلبة من ذوي صعوبات التعلم، لذلك فهم بحاجة إلى خدمات تربوية خاصة، كما يحتاج ذوي الصعوبات التعليمية.

صعوبة التعلم

يطلق على الأشخاص الذين هم ضمن الفئة العادية من حيث القدرات العقلية، ولكن تكمن مشكلتهم في تدن مستوى القدرة القرائية، أو مجال أكاديمي آخر، والمظاهر الجسدية عليهم غير واضحة، متدن في بعض المواد الدراسية، وقد يكون متفوقاً في مواد دراسية أخرى.

نسبة الذكاء عند:

1. الإنسان العادي: (100 - 115) درجة.
2. الإنسان المتفوق: (115 - 130) درجة.
3. الإنسان الموهوب: (130 - 145) درجة.

التخلف العقلي

يطلق على الأشخاص الذين تكون قدراتهم العقلية منخفضة، وتظهر من خلال المظاهر الجسدية، وهو متدن جداً في المواد الدراسية، وانخفاض القدرات العقلية ناتجاً عن منشأ مرضي أو وراثي، ويشكون عدم الكفاية الاجتماعية والوظيفية مصحوبة بعدم القدرة على إدارة المشكلات عند الرشد، ويصنف التخلف العقلي إلى الفئات التالية:

1- التخلف العقلي البسيط (القابل للتعلم) ونسبة الذكاء تكمن بين (55- 70).

2- التخلف العقلي المتوسط (القابل للتدريب) ونسبة الذكاء تكمن بين (35- 55).

3- التخلف العقلي الشديد (الاعتمادي) ونسبة الذكاء تكمن بين (35- وأقل).

المحكات التشخيصية في التعرف على الأطفال ذوي صعوبات التعلم

لتمييز صعوبات التعلم عن حالات الإعاقة الأخرى توجد ثلاث محكات يجب التأكد منها قبل أن نحكم بأن لدى الطفل صعوبات خاصة في التعلم وهذه المحكات هي:

أولا: التباعد أو التباين. يظهر الأطفال تباعدا في واحد أو أكثر من المحكات الآتية:

- تباعدا واضحا في نمو العديد من السلوكيات النفسية) الانتباه، التمييز، اللغة، القدرة البصرية الحركية، الذاكرة وغيره
- تباعد بين النمو العقلي والتحصيل الأكاديمي: ففي مرحلة ما قبل المدرسة عادة ما يلاحظ عدم الاتزان النمائي في حين يلاحظ التخلف الأكاديمي في المستويات الصفية المختلفة.
- التفاوت في النمو: يوجد تفاوت النمو في الوظائف النفسية واللغوية عند بعض الأطفال في مستوى ما قبل المدرسة حيث ينمو الطفل بشكل عادي في بعض الوظائف ويتأخر في وظائف أخرى فمثلا الطفل الذي ينمو بشكل ملائم في اللغة ولكنه يتأخر في المشي والتناسق الحركي والقدرات البصرية - الحركية يكون لديه تباعدا في عملية النمو.
- التفاوت بين التحصيل الأكاديمي والأداء المتوقع: حيث يعطى الطفل دليلا على أن قدرته العقلية تقع ضمن المتوسط ويحقق تقدما عاديا أو قريبا من العادي في الحساب وفي اللغة ولكنه لم يتعلم القراءة بعد فترة كافية من وجوده في المدرسة فعندئذ يمكن اعتبار الطفل أن لديه صعوبة تعلم في القراءة ومثل ذلك إذا تعلم الطفل القراءة ولكنه متخلف بشكل واضح في الرياضيات.

ثانيا: محك الاستبعاد

عند تعريف صعوبات التعلم يجب استبعاد تلك الصعوبات التي يمكن تفسيرها بتخلف عقلي عام أو إعاقة سمعية أو بصرية أو اضطراب انفعالي أو نقص فرص التعلم، فالطفل الأصم لا يطور اللغة بشكل طبيعي مع أن قدرته البصرية والعقلية قد تكون عادية وهناك تباعدا بين تعلم اللغة وأنواع التحصيل الأخرى يمكن تفسيرها بحالة الصمم وفي هذه

الحالة قد يحتاج الطفل إلى برنامج تربوي للصم بدلا من برنامج لصعوبات التعلم، ومن جانب آخر فان الطفل الكفيف الذي لديه عجز في إعطاء معاني لم يحس به (نقص الشعور والإحساس في الأصابع) قد يعتبر متعدد الإعاقة (صعوبة تعلم وكف بصر) وعند تصنيف الأطفال لأغراض تعليمية فان هناك حالات عديدة ينتج عنها تخلف تربوي قد تصنف ضمن صعوبات التعلم بشكل خاطئ وهذه الحالات:

1- الإعاقة الذهنية:

ينتج عنها انخفاض في تحصيل الطفل في الموضوعات الأكاديمية فالطفل المعاق ذهنيا يعاني من صعوبة كبيرة في تعلم القراءة والهجاء أو إجراء العمليات الحسابية في مستوى عمره. إن كثيرا من هؤلاء الأطفال لا يبدؤون القراءة مثلا حتى يصلون إلى سن 8- 10 سنوات ثم يبدؤون التعلم بمستوى ينخفض عن تعلم الطفل العادي. وبما أن التخلف الأكاديمي هو نتيجة للتخلف العقلي فان تربية الطفل يجب أن تكون عامة وعملية وتعدل لتتناسب مع معدل النمو المنخفض فليس هناك تباعد بين التحصيل والتوقع واللغة والعمليات الحسابية عند مثل هذا الطفل.

2- الإعاقة الحسية:

تؤثر الإعاقات السمعية البصرية في القدرة على التعلم فالأطفال الصم متخلفون في القراءة لأن الصمم يتدخل في تطور اللغة، ومن غير الممكن للأطفال المكفوفين أن يتعلموا قراءة المادة المطبوعة إلا أنهم يستخدمون طريقة برايل في القراءة. ولا يعتبر الأطفال المعوقين حسيا من فئة صعوبات التعلم لأن هناك برامج صممت خصيصا للأطفال الصم أو المكفوفين إلا أن بعض الأطفال المعوقين حسيا قد تكون لدبهم صعوبة في التعلم فيمكن اعتبارهم متعددي الإعاقة.

3- الاضطرابات الانفعالية الشديدة

يمكن أن تؤثر الاضطرابات الانفعالية الشديدة في التحصيل الأكاديمي وقد أظهرت الدراسات بأن الأطفال المضطربين انفعاليا بدرجة خطيرة هم في الوقت نفسه متخلفون تربويا. ويجب إجراء تحليل لهؤلاء الأطفال لتحديد ما إذا كانت صعوبة التعلم قد أثرت أم لا في عدم التكيف الاجتماعي والانفعالي وفي الجوانب الأكاديمية

4- نقص فرص التعلم:

تعتبر نقص فرص التعلم سببا آخر في تخلف الأطفال تربويا فالطفل الناضج اجتماعيا ومهنيا ولغويا ولكنه متخلف أكاديميا قد يكون ناتجا عن عدم توفر فرص التعلم المقدمة إليه ومع أن هناك تفاوتا بين قدرته وتحصيله إلا أن الطفل لا يعتبر ضمن فئة صعوبات التعلم.

5- الحرمان الاقتصادي والثقافي:

يؤثر الحرمان الاقتصادي والثقافي أحيانا سلبا في الدافعية للتعلم فقد نجد أن بعض الأطفال ليست لديهم الدافعية للتعلم بسبب عدم اهتمام البيت بما يحصل مع الطفل في المدرسة فقد يكون هناك تباعدا بين القدرة والتحصيل ولكن انخفاض التحصيل قد يكون ناتجا عن الاتجاهات السلبية نحو المدرسة، كما أن بعض أطفال المناطق الفقيرة ليست لديهم الدافعية للتعلم بسبب ما يواجهونه من إحباط وعدم تشجيع.

ثالثا: محك التربية الخاصة

الأطفال ذوي صعوبات التعلم هم الأطفال الذين يحتاجون لطرق خاصة في التعليم تصمم خصيصا لمعالجة مشاكلهم أي أن الأطفال الذين لم تتح لهم فرص للتعلم فإنهم سوف يتعلمون بالطرق العادية والتي تستخدم مع غالبية الأطفال ومن جانب آخر إذا كان الطفل متخلفا تربويا ولديه صعوبة تعم نمائية فان ذلك الطفل يحتاج لطرق تعليم متميزة لا تستخدم مع الأطفال جميعا. ومن طرق التربية الخاصة قراءة الشفاه التي تعلم الأطفال المعوقين سمعيا، وطريقة الحس حركية (كتابة كلمات وجمل من الذاكرة) مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم الخاصة بالقراءة.

ويعتبر هذا المحك ضروريا إذ يتوجب على الفاحص بعد القيام بإجراءات التشخيص المناسبة للكشف عن درجة التباعد بين القدرة والتحصيل وكذلك استبعاد كل الظروف التي لا تندرج تحت مسمى صعوبات التعلم أن يحدد برنامجا علاجيا خاصا.

إجراءات التعرف على صعوبات التعلم

مرحلة ما قبل المدرسة:

إن الصعوبات في هذه المرحلة قد تعيق عملية التعلم لاحقا إلا أن إجراءات التعرف على صعوبات التعلم في هذه المرحلة تواجه مشكلة بسبب عدم تطبيق المحك الأكاديمي إلا أن

الطفل يظهر تأخرا في عناصر أخرى متضمنة في تعريف صعوبات التعلم كالاستماع والتفكير والكلام والتناسق الحركي للكتابة والانتباه وجميعها عناصر قابلة للملاحظة، ففي مرحلة ما قبل المدرسة يتم تقييم درجة عدم الانتظام بين مجالات النمو المختلفة بدلا من انخفاض التحصيل. وعادة ما تطبق اختبارات الذكاء بهدف مقارنة قدرة الطفل على التحصيل الفعلي إلا أن هذه الدرجات ليست ذا فائدة كبيرة لأن درجات الذكاء في الأعمار التي تقل عن ثلاث أو أربع سنوات غير ثابتة وبسبب عدم الثبات فان مهارات النمو مثل المفردات والفهم غالبا ما تؤخذ كمؤشر على قدرة الطفل على التحصيل في مجالات الضعف. إن الاختبارات المسحية يمكن أن تحدد الأطفال الذين يظهرون عدم انتظام في النمو مما يجعلهم أكثر عرضة لصعوبات التعلم وحاجتهم إلى إجراءات علاجية سريعة.

ويمكن استخدام بعض المقاييس أن تتنبأ بصعوبات التعلم حيث تزداد حدة تأخر الطفل في اللغة، الانتباه، وقدرات الإدراك البصري، وتصبح فقرات الاختبار حين يقترب عمر الطفل من دخول مرحلة التمهيدي شبيهة بما يتوقع من الأطفال تعلمه في المدرسة فملاحظة نمط التعلم لطفل عمره خمس سنوات وعلاقته مع الآخرين وفترة الانتباه والمشاركة والصبر ومعرفة الحروف والأعداد سوف تستخدم كمؤشرات للحكم فيما إذا كان الطفل سيواجه صعوبة تعلم في المدرسة.

ويبقى التنبؤ بصعوبات التعلم قائما على التخمين حتى يصل الطفل إلى مرحلة المدرسة.

المرحلة الابتدائية المبكرة:

تعتبر عملية التعرف على صعوبات التعلم لأطفال الخامسة أو السادسة أكثر سهولة لأن الطفل يقضي ست ساعات يوميا في المدرسة وتعتمد على ما إذا كان الطفل قادرا أو غير قادر على التعامل مع متطلبات الصف الدراسي وفق ما هو متوقع من عمره أو ذكائه وفرص التعليم السابقة ولا بد أن تراعي عملية التقييم ما إذا كان الطفل قد أتقن المهارات السابقة الضرورية للنجاح في مرحلة التمهيدي أو الصف الأول الابتدائي وتعتبر عملية التعرف المبكرة هامة جدا حيث الفجوة النمائية لا زالت محدودة وغير واسعة وبهدف تحديد الفجوة لدى الأطفال يمكن استخدام ثلاثة أساليب هي: الاختبارات المطبقة على الأطفال، قوائم الشطب المستخدمة من قبل المدرسين، وقوائم الشطب المستخدمة من قبل الوالدين، حيث أن الأداء المنخفض للطفل في مرحلة التمهيدي عما هو متوقع من عمره

وذكائه في اللغة والإدراك البصري والحركي وعناصر الانتباه الضرورية لمهمات ما قبل المدرسة تمثل عناصر للتنبؤ بصعوبات التعلم اللاحقة وتتمثل أكثر عناصر التنبؤ في:

-معرفة الحروف الهجائية بالترتيب.

-تسمية الحروف الهجائية.

-معرفة الكلمات المتطابقة.

-تسمية الألوان الشائعة والأشياء في الصور.

-فهم المفردات.

-كتابة الاسم.

-نسخ الأشكال.

-النجاح على اختبارات الاستعداد التي تشتمل على عينة من المفردات، معرفة الأعداد، تذكر الجملة والفهم , النسخ، التمييز البصري والسمعي، إتباع التعليمات، معرفة الكلمات التي تتفق في الصوت الأول أو الصوت الأخير، معرفة الحروف الهجائية.

كما أن تقديرات المدرسين لمهارات استعداد الطفل واستراتيجياته التعليمية مصدر تنبؤ فعالية من الاختبارات المسحية لأن المدرسين يقيمون الأمور التي لا يستطيع الاختبار أن يقيمها مثل الاستعداد لما سيتم تعلمه في الفصل، نسبة التعلم، القدرة على تركيز الانتباه واستمرار يته داخل الفصل، القدرة على تجنب المشتتات، الإبداع، العلاقات الاجتماعية، القدرة على العمل باستقلالية أو ضمن المجموعات، الدافعية للتعلم والمشاركة اللفظية.

وتقدم ملاحظات الوالدين وسائل قيمة أخرى للتعرف بالإضافة إلى العوامل البيئية مثل رغبة الأسرة في تعليم الطفل وتشجيعها الأنشطة التعليمية التي تعتبر مصادر تنبؤ قوية لنجاح التعليم.

وحين تجمع ملاحظات المدرس والأهل المعلومات التي يتم الحصول عليها من الاختبارات المسحية في نهاية مرحلة التمهيدي تصبح إجراءات التعرف على جوانب التأخر من حيث علاقتها بالعمر والذكاء وكذلك التنبؤ بصعوبات التعلم أكثر دقة وذلك بسبب أن ما يلاحظ ويقاس يصبح أخيرا متطابقا مع المحك الأكاديمي مثل القراءة والحساب وهي المجالات التي نتنبأ بها.

المرحلة الابتدائية (المتقدمة) والمرحلة المتوسطة:

يتفق المتخصصون بأن الطلاب الذين يحصلون على فرص كافية للاستفادة من التدريس هم من يجب أن يخضعوا لتصنيف صعوبات التعلم إذا ما أظهروا تفاوتا شديدا بين التحصيل المتوقع والتحصيل الفعلي، وقد استخدمت العديد من المعادلات لكشف هذا التباين وتمتاز هذه المعادلات بعدة فوائد:

- بالرغم من اتصافها بعدم الدقة إلا أن المعادلات تشجع جمع المقاييس الموضوعية مع الأحكام الذاتية لتصنيف صعوبات التعلم.
- تساعد على اختيار عينات البحث التي تظهر نفس نسبة التباين وبهذا يمكن مقارنة وتفسير نتائج الدراسات المختلفة بدقة أكبر.
- لا تضع حدودا لمستوى الذكاء وبهذا يمكن تقييم انخفاض تحصيل جميع الأطفال حتى المتخلفين عقليا.

أسباب صعوبات التعلم

1- العوامل الفيزيولوجية

وتشمل:

أ- العامل الجيني:

هناك عدة شواهد تدل على أن الاعتلال في الجينات يسبب صعوبة التعلم وخاصة ما يسمى بالديسلكسيا (صعوبة القراءة الشديدة) وثبت ذلك من خلال الدراسات الجينية التي أجريت على الأطفال وأسرهم فإذا كان لدى أحد الوالدين صعوبة تعلمية في القراءة، فحدوثها عند أطفالهم يزداد بوضوح.

ب - عوامل ما قبل وأثناء وبعد الولادة.

وتتلخص تلك العوامل بما يلي:

أ- الوراثة: أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يندرجون من عائلات ينتشر فها هذا النوع من الصعوبات.

ب- الغدد: إن اضطراب إفراز الغدة النخامية والغدة الدرقية والغدد جارات الدرقية يؤثر سلبيا في نمو الجهاز العصبي المركزي مما يترتب عليه حدوث صعوبات التعلم.

ج. ضربات الرأس / أذى الرأس يؤدي إلى أذى الدماغ.

د. التسمم بالرصاص / يسبب اختلالا بالنمو.

هـ. خلل وظيفي طفيف في الدماغ.

نتيجة التخطيط الكهربائي للدماغ لأطفال مصابين بصعوبات التعلم وغيره وغيرهم غير مصابين، أثبت التخطيط وجود اختلالات في تخطيط الدماغ الكهربائي على جميع المستويات، وهذه الاختلالات تؤثر على منطقة القراءة في المخ، وكذلك التأثير على وظائف اللغة التي يقوم بها الجانب الأيسرمن المخ لا تؤدي وظائفها بشكل سوي عند الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية.

إن الأطفال الذين لديهم صعوبات تعليميية ربما يكونوا نتاجا معقدا (تسمم الدم، النزف،الخداج) فقد ارتبط انخفاض الوزن عند الولادة بمشاكل التعلم والتطور، وكذلك عدم تطابق زمرة دم الأم وزمرة دم الطفل (العامل الرايزيسي) اختلاف في عمل الغدد الصماء عند الأم مثل (قصور الغدة الدرقية، السكري)، وكذلك التعرض للأشعة، وعمر الأم عند الولادة، الجاهزية والكفاءة للولادة ،الأدوية التي تتناولها الأم ،الحصبة الألمانية، نقص الأوكسجين، تدخين الأم للسجائر، الحوادث التي تتعرض لها الأم كذلك صحة الأم وغذائها ونمط حياتها قد تكون أسبابا للصعوبات التعليمية.

هناك دراسة أجريت على 55908 نساء وأطفالهن، أظهرت هذه الدراسة وجود مشاكل عصبية في أطفال الأمهات ممن كان أعمارهن 30 سنة وأكثر أو كن عزباءات، أو منفصلات عن أزواجهن، أو أقل تعليما، أو مصابات بحالات كالربو والسكري، والتخلف العقلي، والأمراض العصبية، أو اكتنفهن مشاكل الحمل مثل (المجيء بالمقعدة والمشيمة المنزاحة).

كما أجريت دراسة أخرى أجريت على 48 ولدا لديهم عيوب شديدة في القراءة كان أعمار والديهم فوق 30 عاما عندما ولدوا.

كذلك تنشأ لدى أطفال الأمهات اللواتي يشربن كثيرا من الخمر خلال فترة الحمل وتسمى (متلازمة الجين الكحولية) وهي نقص في النمو قبل الولادة وبعدها، وتشوه في ملامح الوجه، واختلال في وظيفة الجهاز العصبي، والنتيجة يمكن أن تكون صعوبات تعلمية.

2- العوامل البيئية:

وهي عوامل تتعلق بالوسط الذي ينشأ فيه الفرد وينمو وتشمل:

أ. البيئة البيولوجية (رحم الأم) في هذه البيئة ينمو الطفل منذ الإخصاب وحتى الولادة ويؤثر على هذه البيئة:

1- سوء تغذية الأم الحامل.

2- نقص الرعاية الجسمية والنفسية.

3- اصابة الأم ببعض الأمراض مثل الزهري والحصبة الألمانية.

4- تعرض الأم للإشعاع.

5- تناول المخدرات أو المسكرات أو التدخين.

6- تناول العقاقير أو الأدوية دون إشراف الطبيب.

وهذه العوامل جميعها تعوق النمو الطبيعي للطفل مما يؤدي إلى حدوث صعوبات التعلم.

ب. البيئة الجغرافية أو الطبيعية: البيئة المعتدلة ذات الإمكانات المناسبة تساعد على التعلم والنمو والعكس صحيح.

ج. البيئة الاجتماعية أو الثقافية وتشمل:

1- **الأسرة:** هي الوسط الذي ينشأ فيه الفرد وتؤثر في نمو الطفل من خلال عدة جوانب تتمثل في:

أ. **حجم الأسرة:** إذا كان حجم الأسرة كبيرا يؤثر أحيانا سلبيا على نمو الطفل وعلى تحصيله الدراسي والعكس صحيح.

ب. **تركيب الأسرة:** الأسرة السوية تكون أفضل في تربيتها لأبنائها وإشرافها على تعليمهم ومتابعة تحصيلهم الدراسي أما الأسرة المفككة التي يسودها الشجار أو الهجر أو الطلاق أو غياب أحد الوالدين أو كليهما أو موت أحد الوالدين أو كليهما يظهر بين أفرادها في الغالب مشكلات نفسية واجتماعية وإحساس بعدم الأمان بين الأطفال مما يؤثر على نموهم النفسي والدراسي.

ج. **المستوى الاجتماعي الاقتصادي:** تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة لا يؤثر للطفل المثيرات التربوية الكافية والإمكانات التي تساعده على نمو

شخصيته والعكس صحيح لذلك نجد أن مستوى الدافعية للتعلم غالبا ما يرتفع لدى الطبقات الوسطى والعليا أكثر من الدنيا.

د. **ترتيب الطفل بين أخوته:** الطفل الأول يحظى برعاية قد لا تتاح لأخوته بينما الطفل الثاني يحظى برعاية أقل ولكنه يستفيد من خبرة والديه في التنشئة بصورة أفضل أما الطفل الأخير فيكون مدللا ونفس الشيء ينطبق على الطفل الوحيد الذي قد يتمتع بقدر من الحماية الزائدة من والديه والتي تعوق نمو شخصيته وهذه الأمور مرهونة بدرجة كبيرة على ولى وعي الوالدين وظروف معيشة الأسرة.

هـ. **الاتجاهات الوالدية في التنشئة:** الاتجاهات الوالدية غير السوية مثل القسوة والإهمال والحماية الزائدة والتذبذب وإثارة الأنا النفسي تعوق نمو الأطفال مما يؤثر سلبيا على تعلمهم وهذا يتوقف أيضا على مدى إدراك الأطفال لمثل هذه الاتجاهات.

2- **المدرسة:** تلعب المدرسة دورا أساسيا في ارتفاع أو انخفاض المستوى ألتحصيلي للطلاب وذلك من خلال الوسائط التربوية التالية:

1- **المنهج والمقررات الدراسية:** هل يلائم قدرات التلاميذ مولهم واتجاهاتهم وسمات شخصياتهم أم لا؟ وهل يعرض المادة العلمية عرضا جيدا أم لا؟

2- **الوسائل التعليمية:** هل هي كافية ومتنوعة وتستخدم استخداما كفؤا في العملية التعليمية أم لا؟

3- **النشاط المدرسي:** هل يرتبط بالمادة التعليمية ويسهم في استيعابها ورسوخ مفاهيمها أم لا؟ وهل يسهم في بناء شخصيات التلاميذ ويساعدهم على التحصيل أم يعوق نموهم ويشتت جهدهم الدراسي؟

4- **المعلم:** شخصيته وإعداده المهني والتربوي واتجاهه نحو مهنته ومدى إشباعه لتطلعاته المادية والمهنية والاجتماعية تلعب دورا كبيرا في مستوى تحصيل التلاميذ.

5- **نظام التقويم والامتحانات:** هل مستمر طول العام أم آخر العام فقط؟ وهل هو شامل أم جزئي؟ وهل مرن أم جامد؟

6- **المباني المدرسية وإمكاناتها:** والتي تتمثل في حجرات الدراسة والمدرجات والمعامل وما بها من تجهيزات وأدوات كلها عوامل تساعد على نجاح العملية التعليمية أما في حالة عدم توفرها تؤدي إلى إعاقة العملية التعليمية.

7- الإدارة المدرسية والمناخ المدرسي: هل هو مناخ ديمقراطي أم قائم على التسلط؟ وهل يسوده الحزم أم التسيب؟

3- العوامل الفردية البينية وتشمل:

أ. عمر الوالدين: أشارت نتائج بعض الدراسات أن العمر المتقدم للوالدين وخاصة الأم قد يترتب عليه أخطاء كروموزومية أو كروموسومية تؤدي إلى ميلاد أطفال غير أصحاء ولكن هذه النتائج ليست مؤكدة على طول الخط.

ب. نوع الولادة: الولادة المبتسرة (قبل الأوان) التي لا تتهيأ للوليد بعدها فرصة الحضانة الكافية تسبب مشاكل صحية وإعاقات بدنية كما أن الولادة باستخدام الآلات والشفا ط تسبب نفس المشاكل، كذلك ولادة التوائم قد لا تسفر عن ميلاد أطفال أصحاء بسبب السعة الحيوية للرحم.

ج. تعرض الطفل للأمراض والحوادث: وخاصة أثناء الطفولة المبكرة وبخاصة الأمراض التي تصيب المخ والجهاز العصبي كالحميات بأنواعها والتي تؤثر على التحصيل الدراسي للطفل.

الدسكلسيا Dyslexia

تأتي الدسكلسيا Dyslexia من كلمة يونانية معناها (صعوبة) وصعوبات التعلم تشمل ضعف في القراءة أو الكتابة و الإملاء أو الاثنين معا و أحيانا الرياضيات. فحسب الإحصائيات حوالي 10% من السكان مصابون بـ Dyslexia 4% فقط حالات متقدمة أو شديدة.

- الأشخاص المصابون مستوى ذكاءهم عادي جدا أو مرتفع أي(ليس له علاقة بالتخلف العقلي) و عادة ما يكونوا مبدعين في مجالات أخرى مثل الرسم..أو نواحي حرفية.
- أحيانا صعوبات التعلم تكون مصاحبة لمرض تقص الانتباه وزيادة الحركة.

صعوبات القراءة Reading Disorder

وتظهر صعوبات القراءة على الشكل التالي:

1- تكون قدرة الطفل عند القراءة اقل من مستوى ذكاءه أو عمره (وذلك يتم عن طريق اختبارات نفسية معينة).

2- أيضا هذا الضعف يؤثر على مستوى الطفل في المدرسة من ناحية درجاته فهو ضعيف في مادة القراءة ولكنه جيد في المواد الأخرى.

3- عند القراءة نرى أن الطفل يزيد أو ينقص حرف في الكلمة أو ينطقها بطريقة خاطئة.

4- أيضا يقرا الطفل ببطء.. وتفهمه لما يقرا ضعيف

5- أحيانا تراه يقرأ الكلمة صحيحة في أول الصفحة ثم إذا تكررت في سطر آخر قد ينطقها بصورة خاطئة.

- الضعف في التركيز يؤدي إلى ضعف في استرجاع الحروف و معرفة أصواتها.

صعوبات الكتابة Writing Disorder

وتكون صعوبات الكتابة على النحو التالي:

1- تكون الجمل المكتوبة من قبل الطفل تحتوي على أخطاء إملائية كثيرة وعدم تنظيم في الفقرات.

2- نقل الكلمات بصورة خاطئة من السبورة.

3- يعكس الأرقام و الحروف عند الكتابة مثل 6.2

4- يجد صعوبة في التعرف على اليمن أو الشمال.

5- تلاحظ في مادة التعبير مثلا أن الجمل بدائية غير متوقعة من عمره , اختيار المفردات أحيانا يكون غير جيد أو غير مناسب للمكان.

6- تسلسل أفكاره في الكتابة غير مرتب ومادة الإملاء تصبح من المواد المكروه لديه.حيث تزيد عليه عدد الكلمات اللازم عليه إتقانها.

7- درجاته ضعيفة في الإملاء و لكنه جيد في بقية المواد الأخرى.

8- صعوبات الكتابة قد تصاحب صعوبات القراءة وأيضا قد تصاحب ضعف الفهم و التعبير اللغوي.

خصائص المتعلم

المتعلم البصري:

- يدرك الفروق بين الحروف والكلمات.
- يتذكر ما يراه.
- يتعلم بملاحظة الأشياء.

المتعلم السمعي:

- يميز الفروق الصوتية بين الحروف والكلمات.
- يتذكر ما يسمعه.
- يتعلم بالاستماع والتحدث.

المتعلم اللمسي:

- يميز الفروق بين الأشكال والأسطح التي يلمسها.
- يتذكـر ما يلمسـه.
- يتعلم بالكتابة والتتبع واللعب.

المتعلم الحركي:

- يميز الفروق بين الخبـرات.
- يتذكـر حركـات الجسـم.
- يتعلم بالعمل والنشاط البدني / كالرحلات والطبخ والبناء والتمثيل

خصائص صعوبات التعلم

صعوبات التعلم تمتاز بالتنوع والتلاميـذ الذين لديهم صعوبات تعلم مجـموعة غـير متجانسة، كما إن خصائص صعوبات التعلم قد لا تظهر مجتمعة لدى التلميذ الواحد، وان لكل تلميـذ خصـائصه التي تميـزه عن الآخرين حتى لو اشتـرك معهم في ناحيـة وطبيـعة المشكلة.

ويكمن إيضاح خصائص صعوبات التعلم على النحو التالي:-

الخصائص الأكاديمية لصعوبات التعلم

تظهر صعوبات التعلم في المجالات الأكاديمية الرئيسية كالرياضيات والقراءة والإملاء والتعبير والخط وعليه يمكن ذكر الخصائص التالية:

1. خصائص صعوبات التعلم في الرياضيات:

يجد التلاميذ صعوبة في التفكير الكمي اللازم لمعرفة الكميات وبالتالي في مفـاهيم الإعداد والأرقام ومدلولاتها الفعلية، ومعرفة الحقائق الرياضية كالجمع والطرح والضرب

والقسمة، كما قد يجد التلاميذ صعوبة في معرفة قيم الخانات والتسلسل التصاعدي والتنازلي للأرقام والأعداد وقراءة وكتابة الأعداد المكونة من خانات متعددة.

وقد يواجه بعض التلاميذ صعوبة في معرفة معاني الرموز الرياضية ذات المدلولات المحددة مثل العمليات الأربع (+، −، ×، ÷) بينما قد يواجه البعض مشكلة في التمييز بين الأرقام المتشابهة كتابة، مع اختلافهما في الاتجاه مثل: (6,2)، كما يواجه بعض التلاميذ إدراك الفرق بين الأشكال الهندسية وخاصة المتشابهة والعلاقة بين الأطوال والأوزان. كما قد يجد كثيرا من التلاميذ صعوبات كبيرة في حل المسائل اللفظية حيث قد تشكل لغة المسالة مشكلة بالإضافة لعوامل أخرى مثل القدرة على تحديد المطلوب ومتابعة أفكار المسالة وتذكر المعلومات السابقة، وإجراء العمليات الحسابية.

وللذاكرة دور كبير في بعض مشاكل الرياضيات كسرعة نسيان الأرقام والأعداد وكيفية إجراء العمليات الحسابية وتذكر الحقائق الرياضية والتعليمات المرفقة بالحل ونحو ذلك.

خصائص الطلبة الذين يعانون من صعوبات في الرياضيات:

1- اليأس من اكتساب الرياضيات

يساهم الفشل الأكاديمي المتواصل لهؤلاء الطلبة في بروز حالة يأس مكتسبة في الرياضيات، وينشأ هذا اليأس من إجراء محاولات الطلبة المتكررة لحل المسائل في الوقت الذي لا يدركون فيه المفاهيم الرياضية مثل مفهوم (+، − ، ×، ÷.)

ويؤدي تدني الإدراك لدى الطالب إلى التواكل والاعتماد على المدرس، مما يعزز الاعتقاد لديه بالحاجة المستمرة للعون الخارجي لحل المسائل على نحو صحيح، فيكون بذلك متعلماً سلبياً إلى جانب تدني مستوى الدافعية لديه نحو التعلم.

1- مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات

=يظهر الطلبة ذو صعوبات التعلم مشكلات تساهم في ضعف التحصيل في الرياضيات خاصة فيما يتعلق بمعالجة المعلومات. وفيما يلي عرضاً لعناصر مختارة من معالجة المعلومات وإظهار كيفية تأثيرها في الأداء الرياضي:

أ- مشكلات الانتباه:

يواجه الطالب صعوبة في إدامة الانتباه لخطوات حل المسائل وتسلسلها، ولمصدر التعلم ومتابعته.

ب- الصعوبات البصرية المكانية:-

1- يواجه الطالب صعوبة في تحديد المكان المناسب للحل، كما يواجه صعوبة في الكتابه بخط مستقيم.

2- يعاني الطالب من صعوبة في التميز بين الأعداد المتشابهة مثل (6،2) أو (8،7) أو بين العدد ومعكوسة مثل (17، 71) أو (38، 83) وبين رموز العمليات الحسابية وفي قراءة الساعة ذات العقارب، وقد يعاني من صعوبة في تحديد الاتجاهات في الرياضيات مثل فوق تحت في القسمة واليمين واليسار عند إعادة الترتيب للأعداد.

ج- صعوبات المعالجة السمعية:-

1- يعاني الطلبة من صعوبة في أداء التمارين الشفوية.

2- يواجه الطالب صعوبة في البدء بالعد من وسط تسلسل عددي كأن يعد من 6-10 بدلاً من 1-10.

د- مشكلات الذاكرة:-

يواجه الطلبة صعوبة في تذكر الحقائق الرياضية والمعلومات الجديدة، مما قد ينشأ عنه صعوبة في ربط الخبرات السابقة بالحالية، وبالتالي فقد يؤدي هذا إلى مواجهة الطفل صعوبات في تذكر الخطوات المطلوبة لحل المسائل ذات الخطوات وخاصة المسائل القرائية، ويواجه الطالب نتيجة لضعف الذاكرة أيضاً صعوبة في الإخبار عن الوقت.

هـ المشكلات الحركية:-

يواجه الطلبة صعوبة في كتابة الأعداد بصورة مقروءة، وتكون كتابتهم بطيئة جداً وغير صحيحة في كثير من الأحيان، ويواجهون أيضاً صعوبة في كتابة الأعداد في المساحات المقررة للحل، حيث أن خط كتابتهم كبير جداً وغير متناسق، ويعود ذلك إلى صعوبة في التحكم بالعضلات الدقيقة

ب-خصائص صعوبات التعلم في القراء ة والكتابة Dyslexia

- الدسكلسيا تأتي من كلمة يونانية معناها (صعوبة مع الكلمة)
- صعوبات التعلم تشمل ضعف في القراءة أو الكتابة و الإملاء أو الاثنين معا و أحيانا الرياضيات.
- حسب الإحصائيات حوالي 10% من السكان مصابون بـ DYSLEXIA 4% فقط حالات متقدمة أو شديدة
- الأشخاص المصابون مستوى ذكاءهم عادي جدا أو مرتفع أي(ليس له علاقة بالتخلف العقلي) و عادة ما يكونوا مبدعين في مجالات أخرى مثل الرسم..أو نواحي حرفية.
- أحيانا صعوبات التعلم تكون مصاحبة لمرض تقص الانتباه وزيادة الحركة ADHD

خصائص صعوبات في القراءة Reading Disorder

- تكون قدرة الطفل عند القراءة اقل من مستوى ذكاءه أو عمره (وذلك يتم عن طريق اختبارات نفسية معينة).
- أيضا هذا الضعف يؤثر على مستوى الطفل في المدرسة من ناحية درجاته فهو ضعيف في مادة القراءة ولكنه جيد في المواد الأخرى.
- عند القراءة نرى أن الطفل يزيد أو ينقص حرف في الكلمة أو ينطقها بطريقة خاطئة.
- أيضا يقرا الطفل ببطء.. وتفهمه لما يقرا ضعيف
- أحيانا تراه يقرأ الكلمة صحيحة في أول الصفحة ثم إذا تكررت في سطر اخر قد ينطقها بصورة خاطئة.
- الضعف في التركيز يؤدي الى ضعف في استرجاع الحروف و معرفة أصواتها.

صعوبات في الكتابة Writing Disorder

- تكون الجمل المكتوبة من قبل الطفل تحتوي على أخطاء إملائية كثيرة وعدم تنظيم في الفقرات.

1- نقل الكلمات بصورة خاطئة من السبورة.

2- يعكس الأرقام و الحروف عند الكتابة مثل 6.2

3- يجد صعوبة في التعرف على اليمن او الشمال.

4- تلاحظ في مادة التعبير مثلا أن الجمل بدائية غير متوقعة من عمره , اختيار المفردات أحيانا يكون غير جيد أو غير مناسب للمكان.

5- تسلسل أفكاره في الكتابة غير مرتب ومادة الإملاء تصبح من المواد المكروه لديه.حيث تزيد عليه عدد الكلمات اللازم عليه إتقانها.

- درجاته ضعيفة في الإملاء و لكنه جيد في بقية المواد الأخرى.

-صعوبات الكتابة قد تصاحب صعوبات القراءة وأيضا قد تصاحب ضعف الفهم و التعبير اللغوي.

تظهر في أشكال متنوعة فمن التلاميذ من يجد صعوبة بالغة في الربط بين شكل الحرف وصوته، وفي تكوين كلمات من مجموعة حروف وفي التمييز بين الحروف التي قد تختلف اختلافات بسيطة في شكلها مثل (ب، ن)، (ت، ي)، (ص،ض) وقد يجد البعض صعوبة في فهم ما يقرأ، ولو كانت قراءته الظاهرية سليمة. وقد يظهر التلاميذ صعوبة في التعرف على السريع على الكلمات وفي تحليل أو تهجي الكلمات لغرض نطقها، كما أن هناك من يواجه مشكلة كبيرة في معرفة وتذكر علامات التشكيل ومدى تأثيرها على نطق الأصوات الكلامية التي تمثل بالحروف الهجائية.

وقد يقوم التلميذ بحذف بعض الحروف وإضافة البعض الأخر آو إبدال الحروف ببعض أو تشويه نطقها، كما قد يعكس بعض الحروف أو يقلبها.

ج - خصائص صعوبات التعلم في الإملاء: هناك صعوبات قد تكون مرتبطة بمشكلة القراءة ومنها ما يتعلق بمشاكل الخط ومنها ما يكون مستقلا بذاته مثل:

عدم القدرة على كتابة الكلمات شائعة الاستخدام وعدم القدرة على تمييز الأدوات المتشابهة وبالتالي الخطأ في الكتابة المطابقة لما قيل، هذا بالإضافة إلى الحذف والإضافة والإبدال، كما يشترك تلاميذ الصعوبات مع غيرهم من عامة التلاميذ في الأخطاء الشائعة مثل عدم التمييز بيت التاء المفتوحة والمربوطة والخطأ في كتابة الكلمات التي تبدأ باللام الشمسية والخطأ في مواضع الهمزات وعدم التمييز بين النون والتنوين وبين الحركة والحرف إلا أن التلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم تتميز أخطائهم بالاستمرارية.

د) خصائص صعوبات التعلم في التعبير التحريري:

من أهم الخصائص التي تظهر على تلاميذ الصعوبات تعلم قصر المقالات وقلة الأفكار وعدم ترابطها وضعف المفردات المستخدمة فيجد هؤلاء التلاميذ صعوبة في التخطيط للكتابة وتوليد الأفكار وترتيبها ترتيباً منطقياً وتحديد الأفكار الرئيسية والمساندة، كما يجدون صعوبة في المراجعة والتصحيح وفي آليه الكتابة كالإملاء كما يجدون صعوبة في المراجعة والتصحيح وفي آلية الكتابة كالإملاء والخط، كما أن كثيراً منهم يعاني من عدم المرونة في الكتابة اليدوية.

هـ) خصائص صعوبات التعلم في الخط:

يعتمد الخط على عنصرين أساسين هما السرعة والوضوح وهذه من النواحي التي يجد التلاميذ صعوبة في تحقيقها، فالكثير ممن لديهم صعوبات تعلم يكتب بخط غير واضح ولا يعطى الحرف حقه في الرسم كما تظهر صعوبة في عدم القدرة على التحكم في حجم الحرف فقد يكون صغيراً لا يمكن قراءته أو كبيراً لا يتناسب مع بقية الحروف، كذلك عدم القدرة على التحكم في حجم الفراغات بين الحروف أو بين الكلمات وكذلك الإنحراف عن السطر كما يجد بعضهم صعوبة في عدم القدرة على تحريك القلم حركة مرنة وكذلك في الإمساك بالقلم وفي التآزر بين العين واليد.

و) خصائص الصعوبات في المواد الأكاديمية الأخرى:

هناك تلاميذ يجدون صعوبة في تعلم المواد الدراسية الأخرى، كالعلوم والجغرافيا وغيرها، ومن أهم مظاهر صعوبات التعلم ضعف كثير من التلاميذ في استخدام الإستراتيجيات اللازمة لفهم المادة الدراسية وتذكر المعلومات كإستراتيجيات تنظيم المعلومات وربط الأفكار وتحديد المعلومات الهامة وربطها بما قد يعرفه مسبقاً.

الخصائص الفكرية

إن صعوبات التعلم تظهر في العمليات الفكرية الأساسية وهي الانتباه والذاكرة والإدراك وإن اضطراب أي منها يؤثر على التفكير واللغة الشفوية وتتميز كل منها بخصائص معنية كالأتي:-

أ) خصائص صعوبات التعلم في الانتباه:

يجد البعض صعوبة في الاستمرار منتبها إلى المادة التي يحاول تعلمها مدة كافية لمعالجتها أو يجد مشكلة في الانتقال من فكرة إلى أخرى حين يعرفها، كما يجد مشكلة في متابعة تسلسل المعلومات أو الأفكار.

ب) خصائص صعوبات التعلم في الذاكرة:

الذاكرة تنقسم من حيث المدة إلى أقسام، أهمها الذاكرة قصيرة المدى والذاكرة بعيدة المدى، وتتصف الذاكرة لدى هؤلاء التلاميذ بسرعة فقد المعلومات.

كما تصنف الذاكرة من حيث المعالجة إلى سمعية وبصرية وحسية - حركية، ومن سمات الذاكرة السمعية صعوبة تذكر ما قد سمعه التلميذ من أرقام أو كلام أو تعليمات أو شرح أو نحوه.

أما مشكلة الذاكرة البصرية فتظهر في صعوبة تذكر ما قد شاهده التلميذ كطريقة الحل أو كتابة الكلمات بينما تظهر صعوبات التعلم المرتبطة بالذاكرة الحسية - الحركية في عدم قدرة التلميذ على ما تذكر لمسه أو ما قامت به يده من حركة.

ج) خصائص صعوبات التعلم في الإدراك:

الإدراك هو معرفة حقيقة الشيء ويتطلب ذلك معرفة خصائص ذلك الشيء التي تميزه عن ما قد يشبهه.

وكما هي الذاكرة تتفرع صعوبات التعلم في الإدراك حسب نوعية المعالجات المطلوبة كالمعالجات السمعية والبصرية والحسية - الحركية.

ومن أهم الخصائص المرتبطة بالإدراك عدم القدرة على تمييز أوجه الشبه والاختلاف بين ما يصل إلى الأحاسيس من مثيرات. ففي الناحية البصرية يجد التلميذ مشكلة في معرفة الأرقام والحروف والكلمات والأشكال الهندسية ونحوها

ومن الناحية السمعية عدم القدرة على التمييز بين أصوات الحروف والكلمات وعدم فهم اللغة الشفوية بشكل عام.

ومن ناحية الإدراك الحسي - الحركي قد تتسبب في صعوبة الكتابة اليدوية المعروفة بالخط.

كما يجد البعض صعوبة في إعطاء الإجابة فور سماع السؤال رغم معرفته بها.

د) خصائص صعوبات التعلم في التفكير:

تشمل تكوين المفاهيم وحل المشكلات، فمن صعوبات التعلم في التفكير الاندفاعية، وضعف التركيز، ومقاومة التفكير، وضعف أو عدم تنظيم وتصنيف الأفكار والمعلومات

وعدم الوصول للمعنى العميق للمعلومة والميل إلى الاعتماد على الآخرين فيما يحتاج إلى تفكير.

هـ) خصائص صعوبات التعلم في اللغة الشفوية:

قد يجد بعض التلاميذ مشكلة في أي مرحلة من مراحل العملية اللغوية كالاستقبال أو المعالجة أو التعبير أو فيها مجتمعة مثل:-

الصعوبة في فهم المسموع، وربط المفردات بالسلوك، والتمييز بين الكلمات المتشابهة وإتباع التعليمات الشفوية واختبار المفردات وبناء الجُمل والمرونة في التعبير عن الأفكار.

الخصائص المعرفية

هناك مشكلة في الإستراتيجيات المعرفية وفوق المعرفية، ويقصد بالإستراتيجيات المعرفية الإجراء الفعلي الذي يقوم به المتعلم أثناء اكتسابه للمهارة أو المعلومة بينما يراد بالإستراتيجيات فوق المعرفية الوعي والتحكم في تلك الإجراءات، فإذا أدرك التلميذ أهمية وضع خط تحت الأفكار المهمة ثم قام بذلك فقد جمع بين النوعين المعرفي وفوق المعرفي.

الخصائص الاجتماعية

التواصل الاجتماعي قد يتأثر بسبب صعوبة التعلم، أي أن صعوبات التعلم قد تظهر في النواحي الاجتماعية، والاهتمام بهذه الناحية من صعوبات التعلم لم تظهر إلا في الآونة الأخيرة.

ومن المظاهر العامة التي تبدو على التلاميذ تعلم ضعف المهارات الاجتماعية كمهارات السلام على الآخرين (التحية) والقدرة على مقاومة الاتجاهات السلبية، وتقبل النقد، والرد على الثناء واخذ الدور في الحديث ومعرفة مؤشرات قبول أو رفض الآخرين ومعرفة الأعراف الاجتماعية لتحري الصواب في التعامل مع الآخرين وتجنب الخطأ، كما يظهر في عجز كثير من التلاميذ عن تكوين صداقات مع زملائهم.

الخصائص النفسية

المعروف أن التلاميذ الذين يواجهون صعوبات تعلم يواجهون تدنياً في مفهوم الذات وفي تصورهم لقدراتهم، فكثير منهم يرى نفسه غير قادر أو يعزو فشله ونجاحه لأسباب خارجية ليس له القدرة على التحكم فيها.

الخصائص الانفعالية

يعتقد أن الفشل الأكاديمي المتكرر يسفر عن ضعف احترام الذات، وإلى سلبية نحو تعلم الرياضيات، حيث أن رد الفعل الانفعالي لدى بعض الأفراد نحو الرياضيات يصل إلى درجة إصابتهم بالقلق والإزعاج الحاد، وتنشأ هذه الحالة من توقع الفشل وتدني احترام الذات مما يؤدي إلى شعور الطلبة بالتوتر الشديد لدرجة تتعطل فيها قدراتهم عن الحل والتعلم، وتطبيق المبادئ الرياضية.

المنهاج الدراسي والتدريس

يساهم ضعف المنهاج الدراسي، وعدم ملاءمته إلى جانب قلة التدريب في تدني مستوى التحصيل في الرياضيات لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم، وكذلك فإن نقص المواد الرياضية المناسبة يضاعف من مشكلة ضعف المنهاج الدراسي والتدريس، كما أن الضغط على المدرسين لإنهاء المنهاج الدراسي في وقت محدد لا يوفر الوقت الكافي لرعاية ذوي الحاجات الخاصة من ذوي صعوبات التعلم، وحيث أن المهارات الجديدة تعتمد على مدى إتقان المهارات السابقة فإن انتهاء عرض المنهاج دون فهم هؤلاء الطلبة يزيد من شعورهم بصعوبة الرياضيات، حيث تتراكم هذه الصعوبات سنة بعد أخرى، ويتعذر استغلال الخبرات السابقة التي لم يتم فهمها في بناء خبرات جديدة، ولعل هذا الأمر من الأسباب التي تدعو إلى فصل الطلاب ذوي الصعوبات في صفوف أخرى، ولكن وعلى الرغم من بعض الإيجابيات التي قد تنشأ عن فصل الطلبة، إلا أن هناك سلبيات كثيرة لهذا الفصل.

الخطوط العريضة لتعليم الطالب ذو صعوبات التعلم

1- دور المدرسة مهم في تفهم مشكلة الطفل.

2- بدا الخطة الفردية المخصصة للطفل.

3-من الضروري استعمال الاستراتيجيات الخاصة بصعوبات التعلم في التعامل مع الطفل.

4-الابتعاد عن تكثيف الواجبات المعطاة للطفل كتقوية للضعف الذي يعانيه.. فالمجهود الذي سيبذله مضاعف مقارنة بالطفل العادي بالإضافة إلى أن قدرته على التعلم اضعف من الطفل العادي. فذلك قد يؤدى إلى نتيجة عكسية وإحباط مع زيادة كرهه للمادة.

5- من المهم أن يعرف المعلم أن الطفل غير مهمل عن قصد وليس مصاب بالغباء، ولكن لديه إعاقة تسمى صعوبات التعلم.

6- استعمال التشجيع المستمر لرفع المعنويات سواء كان في البيت أو المدرسة من الأساسيات في صعوبات التعلم.

غرفة مصادر التعلم ومهامها

هو ذلك الحيز المكاني الذي تجري فيه وتنطلق منه الخدمات التربوية المتخصصة فهو نظام تربوي يحتوي على برامج ووسائل متخصصة تكفل للتلميذ تربيته وتعليمه بشكل فردي يتناسب مع خصائصه واحتياجاته وقدراته في حين أنها تفسح المجال أمامه ليتعلم في الفصل العادي مع أقرانه من الطلبة معظم وقته.

مهام معلم غرفة مصادر التعلم

1- الكشف والتشخيص المبكر من خلال أدوات القياس المقننة وغير المقننة.

2- تشخيص الحالة وكتابة التقرير الأكاديمي.

3- عمل الخطط التربوية الفردية.

4- عمل الخطط الفردية التعليمية.

5- عمل وتصميم البرامج التعليمية الخاصة.

6- متابعة أداء الطالب ومدى تقدمه.

7- تقييم الطالب بعد كل مرحلة تدريبية.

8- استخدام وتطبيق مقاييس الذكاء.

أساليب علاج صعوبات التعلم

1- أسلوب جلنجهام **Gillingham's Method**

أسلوب جلنجهام هو أسلوب لتعليم القراءة العلاجية والتهجئة. وقد استخدم بشكل واسع مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم. ولقد طوّر جلنجهام أسلوبه هذا اعتمادا على نظرية أورتن في صعوبات القراءة. ويعتمد أسلوبه في تعليم القراءة على الطريقة الصوتية وهو برنامج عالي التنظيم ويتطلب خمس حصص (دروس) في الأسبوع ولمدة سنتين على أقل

تقدير. وتركز النشاطات الأولية في أسلوب جلنجهام على تعليم الطلبة أصوات الحروف ومزج المقاطع. ويتم توظيف المنحى متعدد الحواس في تعليم الأحرف. وتعد التهجئة جزءا من هذا الأسلوب إذ يطلب من الطالب كتابة الأحرف ويطلب منه في الوقت نفسه أن يلفظ صوت الحرف ثم اسم الحرف. ومن الجدير بالذكر أن القراءة المستقلة يتم تأخيرها إلى أن يتم تعليم الجزء الأكبر من هذا البرنامج الصوتي.

2- أسلوب فيرنالد Fernald's Method

هو أسلوب طوّره فيرنالد لتعليم القراءة العلاجية، وهو شائع الاستخدام مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم. ويعد هذا الأسلوب واحدا من الأساليب التي وظفت المنحى متعدد الحواس. وفي هذا الأسلوب، يتم استخدام وتوظيف حواس عدة هي (البصرية، والسمعية، واللمسية، والإحساس بالحركة). ويعتمد فيرنالد في أسلوبه على تعليم الكلمة ككل. وحسب أسلوب فيرنالد يتم اختيار المفردات المراد تعلمها من خلال قصص يمليها الطالب على المعلم ويقوم المعلم بتعليم هذه الكلمات ككل، ودون أية محاولة لاستخدام الطريقة الصوتية في تعليم الكلمة. وبعد أن يقوم المعلم بتعريف الكلمات المجهولة (غير المعروفة بالنسبة للطالب) يقوم الطالب بكتابتها لكي تتطور لديه مهارة التعرف على الكلمة، ثم توضع الكلمة في سياق ذي معنى (جملة). ويؤكد فيرنالد في أسلوبه على خبرات النجاح بهدف استثارة دافعية الطالب للتعلم والمحافظة عليها. وتجدر الإشارة إلى أن طريقة فيرنالد تتكون من أربع مراحل هي:

أ. يكتب المعلم في المرحلة الأولى الكلمات الجديدة بأحرف كبيرة على ورقة مستعينا بالألوان الشمعية، ثم يقوم الطالب بتتبع هذه الكلمة بأصابعه (توظيف حاسة اللمس والإحساس بالحركة) في الوقت الذي يسمع فيه المعلم وهو يلفظ الكلمة (توظيف الحاسة السمعية). ويتم تكرار هذه العملية حتى يتمكن الطالب من كتابة الكلمة دون وجود النموذج. وبعد الانتهاء من هذه المهمة توضع الكلمة في ملف خاص. وبعد أن يتراكم عدد كاف من الكلمات في هذا الملف، يطلب من الطالب كتابة قصة باستخدام تلك الكلمات ويتم طباعة قصة الطالب ليقوم بقراءتها بعد ذلك.

ب. لا يطلب من الطالب في المرحلة الثانية تتبع كل كلمة على حده، لكنه يتعلم الكلمات الجديدة من خلال النظر إلى نموذج كتابة المعلم للكلمة، ويلفظها الطالب ثم يقوم بكتابتها.

ج. يتعلم الطالب في المرحلة الثالثة الكلمات الجديدة من خلال النظر إلى نماذج مطبوعة للكلمة ويكررها لنفسه بطريقة صامته (قراءة صامته) ثم يقوم بكتابة الكلمة. وفي هذه المرحلة يتم استخدام الكتب المدرسية أو المواد المطبوعة.

د. يكون الطالب في المرحلة الرابعة قادرا على التعرف على الكلمات الجديدة من خلال تشابهها مع الكلمات (أو أجزاء من الكلمات) التي سبق له تعلمها. وبهذا يكون الطالب قادرا على تعميم المعرفة من خلال اكتسابه للمهارات القرائية.

3- أسلوب كيفارت Kephart's Method

نيويل كيفارت (Newell Kephart) هو صاحب نظرية الإدراك الحركي في مجال صعوبات التعلم، وهو أحد رواد هذا الميدان. وتقترح نظريته التي استمدت مفاهيمها من علم نفس النمو، أن النمو الادراكي – الحركي الطبيعي يساعد في تأسيس مفاهيم صلبة وثابتة عن العالم. وقد اعتقد كيفارت بأن هناك تباينا بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي صعوبات التعلم فيما يتعلق بالنمو الحركي. فالأطفال العاديون يكونون قادرين على تطوير عالم إدراكي – حركي ثابت في عمر السادسة. أما بالنسبة للأطفال ذوي صعوبات التعلم فان عالمهم الادراكي – الحركي غير ثابت وغير مستقر. وغالبا ما يواجه هؤلاء الأطفال مشكلات عديدة عندما يتعاملون مع المواد الرمزية –أو كما يسميها كيفارت بالحقائق الأساسية حول العالم الذي يحيط بهم– وذلك بسبب التوجيه غير الملائم وخصوصا أبعاد الفراغ والزمن. ومن وجهة نظر كيفارت فان أول تعلم للفرد هو تعلم حركي (الاستجابات العضلية والحركية) ومن خلال هذا السلوك الحركي يتفاعل الفرد مع العالم المحيط به ويتعلم منه. فالطفل في أثناء نموه الطبيعي يكتسب أشكالا متنوعة من الحركة يمكن من خلالها أن يطور تعميمات حركية ثم يبني عليها تركيبا ادراكيا. ولأن الأطفال لا يستطيعون فحص كل ما يحيط بهم أو استكشافه عن طريق الحركة فأنهم يتعلمون فحص بعض الأشياء واستكشافها بطريقة ادراكية. وقد يعتقد الطفل بأن المعلومة الادراكية تكون أكثر قيمة وذات معنى أفضل وأوضح عند ربطها بمعلومات حركية تعلمها الطفل في السابق وحققت تناسقا فيما بينهما.

ومن وجهة نظر كيفارت فان الطفل العادي يمكن أن يطور مهارات الإدراك والحركة في الوقت الذي يلتحق فيه بالمدرسة، مما يساعده على مواجهة التعلم المدرسي. أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم وبخاصة في الصفوف الثلاثة الأولى فانهم يعانون من قصور في نمو الإدراك والحركة مما يؤثر على تحصيلهم المدرسي، ولهذا اقترح

كيفارت تزويدهم ببرامج تدريبية لمساعدتهم على التغلب على هذه المشاكل. ومن الجدير بالذكر أن كيفارت عمل على تطوير برنامج مكثف لتدريب المهارات الادراكية الحركية ويتضمن هذا البرنامج العناصر الرئيسة التالية: الوضع الجسمي، والتوازن، والقصور الجسمي، وإدراك الاتجاهات.

4- أسلوب فروستج Frostig's Method

تُعد ماريان فروستج (Marianne Frostig) من الرواد الذين أسهموا في مجال صعوبات التعلم، وبخاصة في مجال دراسة الاضطرابات في العمليات الادراكية. فبعد استقرارها في الولايات المتحدة وبعد عملها مع المنحرفين في لوس أنجلوس في بداية الخمسينيات، لاحظت فروستج أثناء عملية القياس، أن لدى هؤلاء الأفراد مؤشرات تدل على الاضطرابات الإدراكية. وكانت فروستج قد لاحظت مثل هذه المؤشرات على أطفال آخرين خلال فترة عملها في كل من النمسا وبولندا. وخلصت إلى نتيجة أن هؤلاء الأطفال يعانون من خلل وظيفي عصبي. وقد قادتها أبحاثها اللاحقة لتطوير اختبار يدعى (الاختبار ألنمائي للإدراك البصري) كما طوّرت أدوات لتدريب الأطفال الذين يعانون من صعوبات إدراكية بصرية. وقد لاقى اختبارها وبرنامجها التدريبي شهرة واسعة في الستينات ولكن هذه الشهرة تضاءلت وبخاصة بعد نشر العديد من الدراسات التي استهدفت تحديد تأثير برنامجها في تدريب الإدراك البصري التي توصلت إلى أن برامج تدريب الإدراك البصري وحدها لم يكن لها تأثير ذو دلالة على التحصيل القرائي.

5- المنحى متعدد الحواس Multisensory Approach

المنحى متعدد الحواس طريقة بنيت في أساسها على الافتراض القائل بأن الطالب يتعلم المحتوى بطريقة أفضل إذا ما قُدم له هذا المحتوى عبر قنوات حسية متعددة. وغالبا ما يتضمن هذا المنحى استخدام الحواس التالية: البصرية (Visual)، والسمعية (Auditory)، والإحساس بالحركة (Kinesthetic)واللمسية .(Tactile) وعادة ما يطلق على المنحى متعدد الحواس اسم (VAKT) وفي ذلك إشارة للحواس التي يتم استخدامها. ولزيادة الإثارة اللمسية والإحساس بالحركة لدى الطالب أثناء التعلم، يمكن للمعلم استخدام الأحرف والأرقام المكتوبة بورق الزجاج، أو الأحرف البارزة، أو الدهان بالأصابع أو أحواض الرمل، الخ. وقد استخدم كل من فيرنالد وجلنجهام هذا المنحى في تعليم القراءة للأطفال ذوي صعوبات التعلم. وهناك أساليب علاجية حسب نوع الصعوبةمثل:

علاج صعوبات التذكر البصري

1- تذكر شكل لم يكن موجود في مجموعة صور شاهدها الطفل.

2- تذكر الشكل الناقص في مجموعة صور شاهدها الطفل.

3- التدريب على إعادة ترتيب صور بنفس ترتيبها.

4- وصف تفاصيل صورة شاهدها الطفل.

5- سؤال الطفل عن تفاصيل في الصورة.

5- وصف مشهد في فيلم كارتون.

6- سؤال الطفل عن تفاصيل مشهد في فيلم الكارتون.

7- إعادة ترتيب أدوات على المكتب كما كانت.

8- إعادة ترتيب الشكل والموقع والترتيب واللون.

علاج صعوبات التذكر السمعي

1- التدريب على تذكر الجمل بصورة متدرجة.

2- التدريب على إعادة الأرقام بنفس ترتيبها.

3- التدريب على إعادة الأرقام بالعكس.

4- التدريب على إعادة مضمون قصة يلقيها المدرب.

علاج صعوبات التذكر اللمسي

1- يغلق الطفل عينة ويلمس أشياء مجسمة ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها به.

2- يلمس الطفل عدة مثيرات مختلفة (خشن , بارد , ناعم ثم يحاول تذكرها بنفس الترتيب الذي لمسها به.

علاج صعوبات تكوين المفهوم

المفهوم هو فكرة عامة نكونها عن شيئ أو شخص أو موقف نطلق علية لفظ يدل عليها بعد أن نكتسب اللغة وهذا اللفظ مستمد من لغة الحديث والكتابة العادية أو من الكتب والدوريات والمعاجم العلمية.

علاج صعوبات تكوين المفهوم يحتاج إلي الخطوات الآتية

- الوعي بخصائص الأشياء والأشخاص والمواقف

1- الوعي بخصائص الكتاب.

2- الوعي بخصائص القلم.

3- الوعي بخصائص المعلم.

4- الوعي بخصائص الطبيب.

5- الوعي بخصائص موقف التعليم.

6- الوعي بخصائص موقف الصلاة.

7- معرفة أوجه الشبة والاختلاف بين الأشياء والأشخاص والمواقف

8- أوجه الشبه والاختلاف بين القلم الرصاص والقلم الجاف.

9- أوجه الشبه والاختلاف بين الكتاب والمجلة.

10- أوجه الشبه والاختلاف بين المدرس والأب.

11- أوجه الشبه والاختلاف بين الطبيب والفلاح.

12- أوجه الشبه والاختلاف بين موقف خطبة الجمعة وموقف التعلم في الفصل.

13- أوجه الشبه والاختلاف بين موقف صلاة الجمعة وصلاة الظهر.

- تحديد العوامل المشتركة ضمن مجموعة الأشياء والأشخاص والمواقف

وهذه الخطوة تنقسم إلى أربعة مستويات:

1- رفع مستوى التصنيف. مثال: الكتاب والدفتر: وسيلة للدراسة , مصنوعة من الورق , لها غلاف.

2- استخدام أكثر من خاصية للتصنيف. مثال: البحر: مكان للسباحة , مياهه مالحة , مكان للصيد , تسير فيه السفن.

3- إيجاد أسماء لفئات مثال. (الفواكه تضم......)، العبادة تضم(......)

4- تكوين فئات متدرجة. مثال: وسائل المواصلات تضم(وسائل مواصلات برية)،(وسائل مواصلات بحرية)،(وسائل مواصلات جوية)

تحديد المحكات والقواعد التي تستخدم في للتعرف على ما يتضمنه المفهوم في: تنمية مهارات الطفل , النشابة , التضاد , علاقة الجزء بالكل , العلاقة السببية.

التحقق من ثبات المفهوم.

ويتم ذلك من خلال التعلم الأستكشافى: المواقف الواقعية مثل التأكد من أن مياه البحر مالحة, ومشاهدة الكتب والأفلام مثل التأكد من أن وسائل المواصلات برية وبحرية وجوية وأن كل تصنيف يتضمن بداخلة وسائل أخرى.

11

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة وذويهم

Learning Disorder

أولاً: إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

تقديم

تعدد مجالات الإرشاد وتتشعب إلا أن إرشاد اذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت من أهم هذه المجالات، وتكمن هذه الأهمية في أن الفرد المعاق من اشد المحتاجين إلى مثل هذه الخدمات نظرا للمشكلات الاجتماعية التي يعاني منها أو يتعرض لها، فالمشكلات التي يعاني منها تكون عديدة منها: الميل إلى الانسحاب والعزلة والإحساس بأنه عبء على الآخرين. ومن المشكلات التي يتعرض لها الفرد المعاق أيضاً ردة فعل سلبية من الآخرين كالإحجام عنه والنظر إليه على أنه إنسان عاجز خاصة إذا كانت الإعاقة واضحة. إن نظرة التحديق في الأصم الذي يتحدث بلغة الإشارة مع أسرته, والنظرة للفرد العاجز جسدياً، أو عدم الاهتمام الجاد بالمعاق بصرياً من قبل الأفراد الأصحاء فمثل هذه المواقف تدفع بالمعاق إلى العزلة أو الاختلاط بأشخاص محدودين من أقاربه.

وكما هو معلوم فإن الطفل المعاق له بناء نفسي خاص به نتيجة لما لحق به من الإعاقة وإحساسه بالاختلاف عن غيره من الأطفال الآخرين... وتؤدي الإعاقة بالطفل إذا لم نساعده ونقدم له العون إلي اضطراب صورته عن ذاته وهي حجر الزاوية في البناء النفسي ويترتب علي ذلك عدم تحقيق التوافق مع نفسه ومع الآخرين ولذلك تظهر بعض المشكلات السلوكية لدي هؤلاء الأطفال مثل العدوانية والنشاط الزائد والانطواء والانسحاب والتبول اللاإرادي وغيرها من أشكال السلوك غير المتوافق (السلوك المضطرب).

أن مفهوم اضطراب السلوك: يعني كل سلوك يثير الشكوى أو التوتر لدي الطفل أو لدي والديه أو مدرسيه أو المحيطين به ويدفعهم إلي التماس نصيحة المختصين وتوجهاتهم المهنية للتخلص من ذلك السلوك المضطرب.

ومن هنا تعد الحاجة إلي الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين من الحاجات الملحة والأكيدة التي تهدف إلي تقديم المساعدة لهم من أجل رعايتهم نفسيا وتربيتهم اجتماعيا

وحل مشكلاتهم اليومية مما يساهم في تحقيق التوافق السوي لهم علي كافة الأصعدة الجسدية والنفسية والسلوكية والاجتماعية.

والإرشاد النفسي للمعوقين هو أحد أهم قنوات الخدمة النفسية التي يمكن أن تقدم للأفراد أو جماعات المعوقين الذين يواجهون مشكلات لها صبغة انفعالية حادة بحيث يعجزون عن مواجهاتها دون عون أو مساعدة من الخارج.

وهو لا يقف عند حد مساعدة الأطفال المعوقين علي التغلب علي المشكلة ولكنه يمتد ليوفر الخدمات التي تجعلهم قادرين علي التحكم في انفعالاتهم ويصبحون أكثر معرفة بذاتهم وبالبيئة المحيطة بهم وبالتالي زيادة قدرتهم علي السلوك الايجابي المناسب ومن هنا يمكن القول بأن عملية الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين تعتبر عملية (تعلم). بمعنى أن الفرد المعوق الذي يمر بخبرة إرشاد نفسي ناجحة بكل تأكيد يمر بخبرة تعلم ونمو وارتقاء نفسي في الوقت ذاته.

تعريف عملية الإرشاد والعلاج النفسي

هي ما يحدث بين مرشد أو معالج (أخصائي نفسي) من جهة وعميل أو أكثر من جهة أخري باستخدام طرق وأساليب نفسية لعلاج مشكلات واضطرابات سلوكية.. والفرق بين الإرشاد والعلاج فرق في العميل وليس في العملية. أما الأهداف العامة لعملية الإرشاد والعلاج النفسي فيمكن حصرها في حل المشكلات وعلاج المرض – تعديل السلوك – تحقيق التوافق والصحة النفسية. علما بأن هذه الأهداف تتحقق من خلال الجلسات الإرشادية المتعددة.

والجلسة الإرشادية (سواء كانت فردية أو جماعية) عبارة عن جلسة مهنية تتم فيها علاقة إرشادية في حدود معينة وفي جو نفسي خاص يحاول فيه المرشد تشجيع الطفل أو (التلميذ) المعوق علي التحدث بحرية والتعبير عن الأفكار والمشاعر نحو المشكلة أو نحو الموضوعات التي ترتبط بها.. وبكل تأكيد ستحدث خلال الجلسة الإرشادية الناجحة كل إجراءات عملية الإرشاد مثل التنفيس الانفعالي والاستبصار والتعلم ونمو الشخصية وتعديل السلوك واتخاذ القرارات وحل المشكلات.

هناك العديد من التعريفات للإرشاد يتناول البعض مفهومه والبعض سمته الإجرائية والبعض يركز على العلاقة الإرشادية أو دور المرشد والبعض يركز على عملية الإرشاد ذاتها والبعض يهتم بالنتائج ومن أمثلة التعريفات:

1- هو علاقة بين شخصين تتم وجها لوجه بين المسترشد والمرشد ومن خلال مهارات المرشد بحيث يوفر المرشد للعميل موقفا تعليميا ويساعده على فهم نفسه بما في ذلك ظروفه الحالية والمستقبلية وبالتالي التوصل لحل مشكلاته.

2- هو عملية تظهر التفاعل بين مرشد ومسترشد في موقف معين يكون المسترشد فيه هو المنتفع بتغيير سلوكه وتمكنه من حل مشكلاته بشكل مناسب

3- هو إحدى العمليات الأساسية في التوجيه وخدماته لأنه يمثل العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمرشد وبغرض تحقيق أهداف التوجيه أو بعضها

4- هو علاقة متبادلة تتم بين شخصين وتهدف إلى غرض معين إذ يقوم أحد الطرفين وهو الاحصائى أو المرشد بحكم قدرته وخبرته على مساعدة الطرف الآخر وهو العميل حتى يعبر عن نفسه وعن سلوكياته مع الآخرين ووسيلته في ذلك هي المقابلة التي تتم وجها لوجه مابين الطرفين المذكورين آنفا لتحقيق الإرشاد في هذه المقابلة

خصائص الإرشاد

1- هو عملية.

2- ذو طابع تعليمي.

3 - من يقوم بالإرشاد هو شخص مؤهل ومتخصص في هذا المجال .

4 - المسترشد شخص له مشكلات يحاول حلها بنفسه بمساعدة المرشد.

5 - يهدف الإرشاد مساعدة العميل على فهم ذاته .

6 - يركز الإرشاد على نقل الخبرات المستفادة وتوظيفها في مواقف حياتية جديدة أخرى.

7- تتم العملية الإرشادية وجها لوجه.

8- الإرشاد النفسي ليس هو العلاج النفسي يشترك معه في النوع ويختلف في الدرجة.

9 - الإرشاد النفسي عملية يشجع فيها المرشد عميله ويوقظ عنده الدافع والقدرة على أن يفعل شيء لنفسه بنفسه.

10 - الإرشاد النفسي هو وقاية وليس علاج.

الأسس العامة للإرشاد

1- الثبات النسبي للسلوك الإنساني وإمكان التنبؤ بت.

2- مرونة السلوك الإنساني.

3- استعداد الفرد للإرشاد.

4- حق الفرد في الإرشاد.

5- تقبل العميل.

6- مكان الدين كركن مهم.

أهمية الإرشاد

1- تكمن ضرورة الإرشاد في أنه يدل الأهل على الخيارات الطبية و العلاجية والتربوية والاجتماعية المتوفرة.

2- يدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة.

3- إيفائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة . و من هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم و تمكنهم من العيش باستقلالية و توفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة لهم.

4- لا يقتصر دور الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء و تقبلهم لوجود أخ باحتياجات خاصة في المنزل على هذا الأخ.

5- توضيح كيفية التعامل مع احتياجات الإخوة والأخوات والمشاكل التي يواجهونها.

إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة

هو عملية فنية يقوم بها المرشد في أي مكان مناسب لإرشاد الطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة من الطلاب في النواحي الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية بهدف تمكينهم من التكيف النفسي والمهني والاجتماعي في الحياة ومساعدته في التعبير عن نفسه وتفريغ انفعالاته وطاقاته الجسمية في أنشطة مفيدة يقدر عليها، ويشعر فيها بالكفاءة ويحصل على الاستحسان من الآخرين.

وهذه عوامل أساسية في:

1- نمو الشخصية.

2- اكتساب الخبرات والمهارات التي تجعل الطفل حسن التوافق مع نفسه و مع الآخرين.

3- ويعتمد الإرشاد النفسي للطفل المعاق عقليا على التواصل باللغة بمعناها الواسع.

وتقوم عملية إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة على أسس علمية وفنية يتعاون فيها فريق من المتخصصين في النواحي الطبية والمهنية والنفسية والتربوية والاجتماعية، بحيث يقدم هؤلاء الخبرة المساعدة العلمية والعملية لاستغلال قدرات المعاق الايجابية إلى أقصى الحدود المكنة ومعالجة عجزه كلما أمكن ذلك . وبذلك نضمن له حياة سعيدة منتجة وعضوية كاملة في مجتمع متكامل. وتتضمن عملية إرشادهم الخطوات التالية:

1- البحث عنهم مبكرا، فأحيانا لا يعرضون أنفسهم أو أن أهلهم يهملونهم .

2- الرعاية الطبية تشخيصا وعلاجا كلما أمكن حسب درجة ونوع الإعاقة والعجز.

الأساليب الإرشادية

على المرشد اختيار الأسلوب المناسب للطفل بحسب:

1- سن الطفل.

2- مستوى ذكاؤه.

3- شخصيته.

4- حاجاته.

5- مشكلاته.

6- ظروفه الأسرية ومن الأساليب الإرشادية:

أ. الإرشاد التربوي: من خلال محاولة الكشف عن القدرات الأخرى الطلاب وتنميتها لكي يشعر بتفوقه في مجالات معينة مما يعيد له ثقته بنفسه.

ب. الإرشاد الأسري من خلال توجيه الأسرة إلى معرفة كيفية التعامل معه وتزويدها بالمعلومات ومساعدة أفراد العائلة على تقبل حالة الإعاقة وعدم الرفض أو الإهمال ألا وعيي وتحسين نظراتهم واتجاهاتهم نحوه.

ج. الإرشاد الصحي: ويتضمن المساعدة في توفير الأجهزة التعويضية (المعينات البصرية والسمعية) وغير ذلك ويمكن الاستعانة بالمراكز التأهلية الموجودة في المجتمع.

د. الإرشاد الديني والاجتماعي من خلال تدعيم الأيمان بالله وتقبل الواقع ورضي بقضاء الله وقدره والرفع من اعتبار وتقدير ألذات وإعادة تكيفهم مع المجتمع ودمجهم فيه.

هـ. خدمات تأهيلية بتوفير فرص العمل وإعادة تأهيلهم بما يتناسب مع إمكانياتهم

.

عملية تأهيل المعاق

هي مجموعة الخدمات والأنشطة والمعينات الاجتماعية والنفسية والطبية والتربوية والتعليمية والمهنية التي تمكن المعوقين من ممارسة حياتهم باستقلالية وكرامة.

أو بمعنى آخر هو العملية التي تشتمل على مجموعة متكاملة من البرامج والأنشطة التي تساعد الفرد المعاق على تنمية وتطوير قدراته وتحقيق القدر المناسب له من الاستقلالية التي تمكنه من ممارسة الحياة المختلفة.

أنواع التأهيل

- التأهيل النفسي: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على مواجهة المشكلات

وتحديد أسبابها ومعالجتها.

- **التأهيل الطبي**: هو التأهيل الذي يعيد الفرد المعاق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسدية والعقلية.
- **التأهيل الأكاديمي**: هو التعليم المصمم خصيصاً ليناسب حاجات الفرد المعاق.
- **التأهيل المهني**: هو التأهيل الذي عن طريقة يحصل الفرد المعاق على الخدمات المهنية كالتوجيه والتدريب المهني.
- **التأهيل الاجتماعي**: هو التأهيل الذي يساعد الفرد المعاق على التكيف الاجتماعي بغرض دمجه في المجتمع.

الإرشاد النفسي التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة

يهدف الإرشاد النفسي للمعاق عقليا إلى:

1- تنمية ثقة الطفل بنفسه.

2- تنمية ثقة الطفل في البيئة التي يعيش فيها.

وذلك من خلال:

1- إشباع حاجاته الأساسية في الأمن والطمأنينة .

2- الاعتماد على النفس.

3- حب الاستطلاع.

4- الإنجاز.

5- حصوله على تقدير الآخرين وتقبلهم له حتى يشعر بالكفاءة لكي يتكون لديه مفهوم الذات.

إن الإرشاد النفسي للمعاق يركز على ثلاثة أمور هي:

أ ـ اكتشاف المواهب والطاقات والاستعدادات.

ب ـ إرشاده تعليميا وتربويا لنوع من البرامج الدراسية.

ج ـ إرشاده للتكيف السليم والسوي مع مقتضيات إعاقته وعجزه ومساعدته على حل مشكلاته الإنسانية والانفعالية التي تتصل بإعاقته. وبشكل عام فإن الإرشاد النفسي للمعاقين يركز على عدة محاور هي:

ومن أساليب الإرشاد النفسي:

1- أسلوب الإرشاد الفردي **Individual Counseling:**

يتطلب الإرشاد الفردي اتجاها انتقائيا يستطيع معه المرشد أن يستخدم الأسلوب العلاجي المناسب مع كل حالة على ضوء طبيعة المشكلة من جهة وخصائص الفرد من جهة ثانية...كما يمتاز المرشد بخصائص أهمها الصدق و الدفء و التعاطف بالإضافة إلى الصبر ومعرفة حدود المعاق عقليا.

كما أنه يتطلب إنشاء علاقة إرشادية سليمة بين المرشد والمعاق عقليا وأن يكون المرشد قادراً على تقبل المعاق كما هو لا كما يجب أن يكون وأن يحترم كرامته وأن يؤمن بقيمة الخدمات التي يقدمها لهذا المعاق وأهميتها وأنه قادر على أن يقدم شيئا لخدمة هذا المعاق.

2- الإرشاد الجماعي **Group Counseling and Therapy**

يتطلب هذا النوع من الإرشاد من المرشد الالتزام ببعض المحددات التي تفرضها الجماعة العلاجية التي يعمل معها ومن هذه المحددات:

أ. يفضل أن لا يزيد عدد أفراد المجموعة الواحدة عن ستة أفراد.

ب. الأفراد الذين يعانون من مشكلات متشابهة يفضل أن يكونوا في مجموعة واحدة.

ج. يفضل تعيين وقت محدد للعمل في مجموعة.

د. يجب أن يكون أفراد المجموعة الواحدة متشابهين في العمر الزمني والعمر العقلي.

هذا وإن أهم من هذه المحددات العوامل التي تساعد على نجاح تلك المحددات ألا وهي شخصية المرشد نفسه وسعة أفقه وصبره وقدرته على التحمل وحسن أدائه الوظيفي.

3- **العلاج باللعب** Play Therapy يعتبر العلاج باللعب ذا قيمة جيدة خاصة عند المعاقين عقليا وبشكل خاص عند تعديل السلوك الشاذ أو غير المرغوب فيه. لذا يجب أن تحتوي غرفة العلاج على الكثير من الألعاب ووسائل اللعب غير القابلة للكسر، كأن تكون مثلا من الخشب والبلاستيك ويتم العلاج باللعب إما عن طريق فردي أو عن طريق جماعي وإذا كانت مشكلة المعاق متعلقة بالتكيف الاجتماعي مع

الآخرين فإن العلاج الجماعي باللعب أمر ذو أهمية، أما إذا كانت مشكلات المعاق تتعلق بالاضطراب العاطفي فإن العلاج الفردي أكثر فائدة.

4- **العلاج عن طريق الفن Art Therapy** يعتبر أيضا العلاج عن طريق الفن وسيلة جديدة يمكن أن تعطي مفعولا ممتازا عند الكشف عن انفعالات ومشاكل ممكن ظهورها عند تعبير المريض بواسطة الرسم الحر عن عالمه الخاص. ويمكن استعمال أسلوب العلاج عن طريق الفن والرسم في بداية العمليات الإرشادية والعلاجية مع المعاق حيث يمكن أن تكون أساسا للتشخيص كما أنها وسيلة للتعبير عن عالمه الفرد وتساعد في التخطيط للنشاطات العلاجية المستقبلية التي يمكن أن تفيد في العلاج.

5- **الإرشاد والعلاج عن طريق التمثيل:** كأسلوب للتنفيس والتفريغ عن الشحنات العاطفية ويكون العلاج بالتمثيل إما فرديا أو جماعياً.

6- **الإرشاد الوقائي (الإرشاد الجيني):** وهو موجه للعائلات (للحد من زواج الأقرباء) ويشتمل علي نشر الوعي لدي العائلات من أجل الحد والتقليل إن أمكن من فرصه لدي الأسر.

7- **خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي:** التي تشمل إشراك الوالدين وكل أفراد الأسرة في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهم لمواجهة المشاكل المتوقعة من الابن المعاق ومعرفة الطرق المثلي للتعامل معها

مهارات المرشد النفسي للعمل مع ذوي الاحتياجات الخاصة

تؤكد النماذج العلاجية بأنواعها المختلفة علي ضرورة توافر اتجاهات ومهارات معينة للمرشد النفسي الذي يتعامل مع الأطفال المعوقين وغير المعوقين منها ما يلي:

1- قبول الطفل المعوق علي ما هو عليه واحترامه كإنسان والاهتمام به والثقة فيه.

2- الفهم الجيد للطفل والرغبة في تقديم كافة أنواع العون له.

3- القدرة علي التواصل اللفظي مع الطفل وكذلك التواصل غير اللفظي (من خلال تعبيرات الوجه واليدين والحركات وطريقة الجلوس وقراءة ما بين الكلمات).

4- أن يتمتع بالكفاية والكفاءة الذهنية والمعرفة التامة بمراحل النمو والسلوك الإنساني وأن يتميز بدقة الملاحظة والتفكير المنطقي المنظم حتى يمكنه تقديم العون لعميله في جميع الأحوال (سواء عند وضعه للأهداف أو عند تفكيره في بدائل الحلول أو

عند تقويمه لما يترتب علي سلوك الطفل من أحداث) .

5- مراعاة آداب المهنة والمحافظة علي سرية المعلومات مما يشجع عميله علي الوثوق به ويؤدي إلي نجاح عميله علي الوثوق به ويؤدي إلي نجاح عملية الإرشاد.

مهام المرشد مع ذوي الاحتياجات الخاصة

1- مراعاة الاحتياجات الخاصة لدى وضع الخطة الإرشادية من حيث.

أ- إجراء مسح شامل لذوي الاحتياجات الخاصة بالمدرسة.

ب- تصنيف ذوي الاحتياجات الخاصة حسب شدة احتياجاتهم ونوعها.

2- تنفيذ برامج الإرشاد وخدماته النمائية والوقائية من خلال الكشف عن العوامل التي قد تفاقم حالته والعلاجية من خلال ذوي الاختصاص ومن خلال الاستفادة من تجارب وخبرات زملائه .

3- متابعة أوضاع الطلبة التحصيلية أو السلوكية وتقديم الخدمات الإرشادية لهم.

4- متابعة التلاميذ المتفوقين والموهوبين و المتأخرين دراسيا لاتخاذ الإجراءات الكفيلة بتلبية احتياجات كل منهم .

5- الاتصال بأسرة الطالب لمتابعة أوضاع التلميذ وتزويدهم بالمعلومات والنشرات التي يمكن أن تساعده في التكيف مع الإعاقة.

6- دراسة الحالات الفردية للتلاميذ الذين تظهر عليهم بواد انحرافات في السلوك.

7- إعداد التقارير اللازمة عن الاحتياجات الخاصة في المدرسة.

8- اتخاذ كافة الإجراءات الممكنة لتوعية التلاميذ وتقديم المعلومات الممكنة للمعلمين لمساعدة الطالب.

9- توجيهه التوجيه المهني الذي يلائم احتياجاته.

10- الاستفادة من المؤسسات التي تقدم أنواع من الرعاية أو العلاج لذوي الاحتياجات الخاصة.

11- العمل على تهيئة الظروف التعليمية للطالب بما يتوافق مع احتياجاته.

12- مساعدة الطالب على التكيف مع المواقف التي يواجهها ومع احتياجاته ومع زملائه.

13- توجيه أسرة الطالب إلى الجهات التي يمكن أن تقدم لهم الخدمات اللازمة إن توفرت هذه الجهات.

14- توجيه الطالب لاستخدام الوسائل المعينة له على إعاقته.

إعداد برامج الإرشاد النفسي

إن إعداد برامج الإرشاد النفسي الناجحة التي تهدف إلي تعديل سلوك الأطفال المعوقين تتطلب من الأخصائي النفسي (ضرورة التقدير الشامل والتشخيص السليم والتقييم الدقيق لنمو الطفل المعوق وسلوكه ككل) وهذا يتطلب أن يكون العمل من خلال الفريق المتعدد التخصصات والاهتمامات كل في مجال تخصصه والذي علي أساسه يتم تصميم برامج الإرشاد والعلاج النفسي الناجحة - ولابد من معرفة السياق الاجتماعي للطفل المعوق وعلاقاته الاجتماعية المتبادلة بينه وبين المحيطين به سواء في المنزل أو في المدرسة وكذلك لابد من معرفة الحالة الجسمية العامة للطفل ومعرفة نموه المعرفي واللغوي ومهاراته الأكاديمية ومهاراته الإدراكية الحركية المتعلقة بنشاط اللعب ومدي مشاركته في الأنشطة، ويتطلب كذلك معرفة تأثيرات الإعاقة عليه (بمعني تحديد طبيعة الإعاقة وشدتها ومداها وأزمانها ومدي تلازمها مع الاضطراب السلوكي)... ومن أجل أن يقوم الأخصائي النفسي بهذا الدور علي الوجه الأكمل لابد له من القيام بالمهام التالية:-

أ. فهم الحالة

ويتضمن هذا الفهم ضرورة القيام بجمع كل المعلومات المتعلقة بحالة الطفل المعوق ومشكلته السلوكية - ثم القيام بتحليل هذه المعلومات التي حصل عليها وكتابة تقرير مبدئي عنها - ثم القيام بربط هذا التقرير مع باقي تقارير فريق العمل وملاحظات الوالدين والأسرة والمدرسين بهدف الوصول إلي استنتاجات تتعلق بطبيعة المشكلة.

ب. وصف المشكلة

بمعني التحديد الدقيق لاسم الاضطراب السلوكي أو الانفعالي المصاحب لإعاقة الطفل ووضع مؤشرات لهذا الاضطراب (ضعيف - متوسط - شديد).

ج. تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب:

أي تحديد كل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يترتب عليه من عواقب. بمعنى

ضرورة التحديد الدقيق (للسوابق واللواحق السلوكية) والتي تشتمل علي (تحديد نوع السلوك مصدر الشكوي - وتحديد تاريخ حدوثه - والوقت الذي يستغرقه - ومع من يحدث - وعدد مرات حدوثه في اليوم)، وتحديد الأشياء التي حدثت قبل ظهور السلوك المضطرب (غير السوي)، وتحديد أيضا ردود فعل الآخرين المحيطين بالطفل تجاه سلوكه المضطرب، وتوضيح المكاسب التي قد يجنيها الطفل المعوق من جراء سلوكه الخطأ.

د. وضع برنامج الإرشاد والعلاج النفسي (برنامج الخطة العلاجية

الذي يتضمن ضرورة تحديد الأهداف السلوكية التوعية التي نتطلع لانجازها بحيث يتم انجاز البسيط والقريب منها قبل المعقد والبعيد. وضرورة إعداد خبرات ومواقف متدرجة يتم فيها إعادة تعليم الطفل المعوق وتدريبه علي السلوكيات الجديدة (المرغوب فيها) في إطار الخبرة المعدلة، ومن ثم القيام بتعديل العلاقات والاستجابات ونتائجها والمواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب كما في حالات عدم القدرة علي التفاعل الاجتماعي السليم حتى تنتهي عملية الإرشاد والعلاج النفسي عند الوصول إلي السلوك المنشود.

أمور يجب مراعاتها أثناء عملية الإرشاد النفسي للأطفال المعوقين.

1- من الضروري توفير البيئة المناسبة التي تتم فيها جلسات الإرشاد النفسي وهو ما يعرف باسم الوسط العلاجي الجيد الذي تتوفر فيه كافة الشروط والتيسيرات والأساليب العلاجية المناسبة للأطفال المعوقين ليحققوا أعلي درجات النجاح في هذه البيئة .

2- ضرورة الاهتمام خلال الجلسات الإرشادية بالاستعانة بالعلاجات المساندة الأخرى التي تتضمن الموسيقي والفن والتمرينات الرياضية وطرق الاسترخاء وغيرها.

3- ضرورة العمل دائما من خلال الجلسات علي تجسيد وتحقيق أهداف الصحة النفسية المتمثلة في (التنمية والوقاية والعلاج) ويأتي ذلك من خلال العمل علي تنمية مفهوم ذات موجب لدي الطفل المعوق عن طريق إشعاره بالقبول التام وبلا أي شروط وكذلك إشعاره بالحب والعطف والتقدير وإتاحة الفرصة الكاملة له لإظهار كل ما لديه من مواهب وايجابيات لزيادة وتنمية ثقته بنفسه.

4- تحقيق مبدأ التنفيس الانفعالي أثناء الجلسات عن طريق إتاحة الفرصة الكاملة له للتعبير عن مشاعره والتحدث بحرية عن مشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه.

5- ضرورة استخدام فنيات وتقنيات التعزيز الايجابي التي تساعد الأطفال المعوقين علي تعلم السلوك السوي.. بمعني ضرورة التركيز علي أي سلوك ايجابي يصدر عن الطفل المعوق ومكافأته عليه فوراً حتى نضمن استمرار هذا السلوك مرة أخري عملا بالقاعدة السلوكية التي تقول إن السلوك محكوم بنتائجه - فإذا كانت نتائج السلوك بالنسبة للطفل نتائج ايجابية (كأن يحصل علي مكافأة أو تعزيز) فسوف تزداد احتمالات تكرار الطفل لهذا السلوك.

6- ضرورة التركيز خلال الجلسات علي إضعاف السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا بتجاهلها (بمعني عدم التركيز عليها وعدم مكافأتها).

الإرشاد النفسي لذوي الإعاقة العقلية

من المبادئ الهامة التي يجب على الإحصائي النفسي مراعاتها عند إرشاد المتخلفين عقليا ما يلي:

1- يتعين على الأخصائي أن يفهم الخصائص المرتبطة بالتخلف العقلي، وأن تكون لديه معرفة بمستوى الطفل من حيث توظيف قدراته وإمكاناته.

2- استخدام العبارات المحسوسة والكلمات والجمل المبسطة يعتبر ملائما تماما لكل طلاب فئات الإعاقة وخاصة مع الأطفال ذوي التخلف العقلي.

3- إن روح الدعابة لدى الأخصائي النفسي ستمكنه إلى حد كبير من أن يتعايش بنجاح مع الأسئلة أو الملاحظات الشخصية أو غير الملائمة، أو التعليقات التي قد توجه له فجأة أثناء جلسات الإرشاد النفسي.

4- التكرار والتوضيح، بالإضافة إلى استخدام الوسائل المعينة المحسوسة مثل الأفلام وشرائح الإيضاح التعليمية، والنماذج قد تساعد الطفل المتخلف عقليا في فهم المفاهيم ذات المعاني المجردة على نحو خاص.

5- يتعين على الأخصائي النفسي الالتزام بحدود سلوكية زمنية ثابتة من خلال وقت محدد داخل بناء أو تنظيم واضح المعالم.

إرشاد ذوي الإعاقة السمعية

ويتم من خلال التركيز على النقاط التالية:

1- إتاحة الفرص أمام الأصم لتوظيف الحواس والنواحي الحركية، واستخدام الوسائل البصرية واللمسية المختلفة، وتدريب أعضاء النطق لديه على قراءة الشفاه، والأيدي على تعرف الإشارات المختلفة، هذا إلى جانب التدريب المهني واليدوي مستقبلا.

2- تنمية الوعي لديه بالمفاهيم والمدركات ومحاذير المخاطر البيئية وإلى غير ذلك من نواحي تتصل بالنمو المعرفي لديه، ويمكن تثبيتها بالتكرار والممارسة.

3- تشجيعهم على الانخراط في المجتمع والاندماج مع أقرانهم ومع الآخرين دون خوف، وتوفير جو اجتماعي ملائم لهم يعالج السلوكيات غير السوية لديهم ويكسبهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة، وتعليمهم الدور الاجتماعي كما يتوقع منهم بعد خروجهم للحياة والعمل وإدماجهم في نشاطات الحياة ومجالاتها الإنتاجية التي تناسبهم.

4- ملاحظة الانحرافات السلوكية أولا بأول، وأسبابها والعوامل المؤدية إليها ومن ثم كيفية الحد منها وتعديلها.

5- اكتساب الأصم القيم الاجتماعية السوية وترسيخ العقائد الدينية لديه بدرجة كبيرة، والتي تُكون لديه الوعي الديني والاجتماعي والانتماء للمجتمع.

6- إرشاده إلى مختلف أنواع الأنشطة واللعب الحركي والتركيبي والتمثيلي والجماعي في إطار مواقف التدريس غير التقليدية بشرط أن تكون في مستواه الفعلي حتى لا يصاب بالإحباط أو بالملل.

ويذكر جمال الخطيب (1995) أن على الأخصائي النفسي الذي توكل إليه مهمة تقييم الأطفال المعوقين سمعياً أن يكون على معرفة بالعوامل التالية:

أ. بوجه عام، يجب أن يكون المقياس أو الاختبار أدائياً غير لفظي فبدون ذلك يكون صدق الاختبار موضع شك وتساؤل. فالاختبارات اللفظية غير مناسبة عموماً لأنها تقيس القصور اللغوي وليس الخصائص المستهدفة. ليس ذلك فحسب، ولكن بعض الاختبارات الأدائية غير مناسبة لأنها تشمل تعليمات لفظية.

ب. غالباً ما تكون الدرجات المتدنية وليس الدرجات المرتفعة التي يحصل عليها الأطفال المعوقون سمعياً غير صادقة. وذلك يعود إلي جملة من العوامل التي قد تمنع الفرد المعوق سمعياً من إظهار قدراته القصوى. وبناء علي ذلك، يقترح استخدام مقاييس عديدة وليس مقياساً واحداً. وعند اختلاف النتائج يقترح الأخذ بالدرجات الأعلى لأنها تعكس أداء الطفل المعوق سمعياً بشكل أصح.

ج. إن الاختبارات التي يطبقها أخصائيون نفسيون ليس لديهم خبرة مع الأطفال الصم أقل صدقاً من تلك التي يطبقها أخصائيون لديهم خبرة كافية مع هذه الفئة من

الأطفال. ولذلك فمن الأهمية بمكان أن يتم تقييم الأطفال المعوقين سمعياً على أيدي أخصائيين ذوي خبرة. ومن الواضح أن الأمر يقتضي تدريب عدد كاف من الأخصائيين النفسيين في هذا المجال.

د. إن التواصل يلعب دوراً حاسماً في عملية التقييم النفسي التربوي ولذلك يجب علي الفاحص أن يكون قادراً علي الاتصال مع الطفل المعوق سمعياً في الموقف الاختياري سواء من خلال التواصل الكلي أو قراءة الكلام أو لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع. وإذا لم يحدث ذلك فالنتائج تكون غير صادقة ويجب التنويه إلي ذلك في التقرير الذي يتم إعداده.

هـ. بسبب مشكلات التواصل المرتبطة بالإعاقة السمعية، فإن اختبارات الشخصية تنطوي علي صعوبات خاصة. فهذه الاختبارات تعتمد علي التواصل اللفظي أو علي مهارات القراءة مما يجعل بعضها غير قابل للاستخدام لدراسة شخصية الفرد المعوق سمعياً. ولأن تقييم الشخصية يتطلب بناء الثقة مع المفحوص فإن المراجع ذات العلاقة تقترح الاستعانة بمترجم لغة إشارة إذ أن الطفل الأصم قد لا يفهم ما يكتب أو يقال له وذلك يمنع حدوث التواصل والثقة.

و. إن التقييم النفسي التربوي للأطفال المعوقين سمعياً الصغار في السن غالباً ما يفتقر إلي الثبات والصدق و لا يمكن الاعتماد علي نتائجه.

ز. إن التقييم الجمعي للأطفال المعوقين سمعياً ليس مناسباً إلا إذا تم التعامل معه بوصفه وسيلة تهدف إلي الكشف السريع. ولكنه أسلوب غير مقبول لقياس مهارات الطفل وقدراته.

ح. إن التقييم الشامل والصادق للأطفال المعوقين سمعياً غالباً ما يتطلب وقتاً أطول من تقييم الأطفال السامعين، وذلك يعني ضرورة اعتماد اختبارات لا تهتم بعنصر التوقيت أو متابعة أداء الطفل في جلسات عديدة.

ط. يجب أن يكون الفاحص علي وعي كاف بتأثيرات الوقف الاختباري وسلوكه كفاحص علي سلوك الطفل المعوق سمعياً. وبوجه عام، يجب أن يخلو مكان الفحص من المشتتات البصرية ومن الأصوات ويجب أن تتوفر فيه إضاءة جيدة.

القواعد العامة التي يجب مراعاتها عن إجراء مقابلة إرشادية مع ذوي الاحتياجات الخاصة.

المقابلات الشخصية لذوى الإعاقة الجسدية

1- جعل أدوات الحركة في متناول أيديهم أو بالقرب منهم: العكاز - العصا - الكرسي المتحرك.

2- قد يحتاج الشخص المعاق والذي يستخدم الكرسي المتحرك إلى الانتقال إلى كرسي مكتب عادى لطول مدة المقابلة.

3- عندما تتحدث إلى شخص على كرسي متحرك أو على عكاز حتى لو كان ذلك لعدة دقائق، عليك بالجلوس أمامه حتى يكون مستوى عينيك عند مستوى عينيه وتسهل من إجراء الحديث.

المقابلات الشخصية لذوي الإعاقة البصرية:

1- عندما تحيي شخص لا يستطيع الرؤية لابد من تعريف نفسك أولا وتعريف أي شخص آخر موجود بالمكان أو يدخل المكان.

2- إذا لم يمد يده بالمصافحة، عليك بتوجيه التحية شفهيا: "مرحبا بك ... ".

3- عندما تعرض عليه الجلوس على مقعد، عليك بوضع يدك على ظهر الكرسي أو ذراعه ولا مانع من بعض الإرشادات الشفهية التي تساعد كثيراً أيضا.

4- عليك بإخبار الشخص عندما تترك المكان أو تنتهي المحادثة.

5- ينبغي أن تكون الأدوات المساعدة لهم على الحركة في متناول أيديهم أو بالقرب منهم مثل: العصا - العكاز - الكرسي المتحرك.

مقابلات الشخص الذي لا يستطيع الكلام (الأبكم):

1- الانتباه له بشكل كامل مع الاهتمام عند التحدث معه.

2- طرح أسئلة قصيرة تحتاج إلى إجابات قصيرة أو التي تحتاج إلى الإيماءات بالرأس.

3- عدم التظاهر بفهم شيء إن لم يكن ذلك بالفعل، ومحاولة إعادة صياغة العبارات. أو سؤال الشخص أن يعبر ما لم تستطع فهمه.

4- عدم محاولة رفع الصوت فمعظم الأشخاص الذين لا يستطيعون الكلام بوسعهم أن يسمعوا أصوات من حولهم ويفهمونها.

مقابلات الصم

1- إذا أردت لفت نظر الشخص الأصم أو من لديه ضعف في السمع، عليك بتوجيهه للحديث بلمس كتفه.

2- إذا كان الأصم بوسعه قراءة الشفاه عليك بالنظر إليه مباشرة، مع التحدث بالمعدل الطبيعي للصوت وبوضوح لا تحاول المبالغة أو رفع نبرة الصوت، عليك بالكلام المعبر الذي يعتمد فيه الشخص على تعبيرات الوجه أو الإيماءات أو الاتصال العيني.

3- الجلوس في مكان واضح به إضاءة كافية، مع عدم شغل الفم بالسيجارة أو بالأيدي أو بالطعام.

4- عدم الصراخ أو استخدام نبرة صوت مرتفعة، إلا إذا طلب ذلك. وكتابة بعض الملاحظات المختصرة قد تساعد كثيراً.

ويستمر الإرشاد النفسي للمعاق عقليا في مراحل حياته التالية لمساعدته على :

1- الاختيار المهني.

2- التأهيل المهني.

3- التشغيل .

4- التوافق مع المجتمع.

5- الاستفادة من الخدمات (كالوقاية من أمراض منتشرة بالبلد، العلاج، الترفيه.

ثانياً: إرشاد أسر ذوي الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

تقديم

أن تزايد الاهتمام بالفئات الخاصة من الناس بإعطائهم حقوقهم من الرعاية والتأهيل أصبح ليس مقتصدا عليهم فحسب بل تعدى إلى الاهتمام بأسرهم، حيث وجد أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية غالبا ما يواجهون أنواعا من المشكلات والهموم التي تفوق مسؤوليات تربية الأطفال التي يواجهها الآباء ذوو الأطفال الأسوياء، وكلما تطورت تلك الحاجات والمشكلات اتجه الآباء للبحث عن طرق لتحديد هذه المشكلات ومناقشتها وحلها وهنا يأتي دور المرشد في مساعدة هؤلاء الآباء للتغلب على يأسهم ومشكلاتهم وقلقهم واعتقاداتهم الخاطئة نحو طفلهم المعاق وبالتالي يساعد المرشد هؤلاء الآباء على التكليف مع وضع طفلهم وعلى تقبله وحبه وذلك من خلال حلول يتم اختيارها من قبل الآباء

بالإضافة إلى مساعدة المرشد لهؤلاء الآباء على تطوير مهاراتهم وخبراتهم الضرورية ليكونوا قادرين على استخدامها والاستفادة منها لحل مشكلاتهم المستقبلية.

وتعد الأسرة أولى المؤسسات الاجتماعية للطفل ذي الاحتياجات الخاصة. حيث توفر له الرعاية الأسرية المتمثلة في الكيان الأسري. و العلاقات الأسرية المتوافقة و الأدوار الاجتماعية السليمة بين أفرادها لها آثار بالغة الأهمية للحياة النفسية المتبادلة بين الآباء و الأبناء و خاصة في مرحلة الطفولة و هي مرحلة البناء النفسي و اكتشاف الحالة.

إن اكتشاف حالة الطفل يعد البداية لسلسلة طويلة من الضغوط و الجهود و المحاولات و السعي الحثيث لتوفير أفضل فرص ممكنة للطفل. إلا أن المعلومات عن الإعاقة و طرق المساعدة تعد قليلة جداً. إضافة لذلك فإن الأهل عند اكتشاف الحالة يكونون في حالة صدمة و غير قادرين على التفكير السليم. لذا فإنهم بحاجة لمن يدلهم على الطرق التي يمكنهم استخدامها لمساعدة ابنهم و عدم الاعتماد على جهودهم الفردية في البحث.

تكمن ضرورة الإرشاد في أنه يدل الأهل على الخيارات الطبية و العلاجية و التربوية و الاجتماعية المتوفرة و يدلهم أيضاً على كيفية الحصول على المعلومات و المشاركة الفاعلة في تدعيم صورة إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة و إيفائهم كافة الحقوق التي تكفل لهم حياة كريمة. و من هذه الحقوق حصولهم على مهن تتناسب مع قدراتهم و تمكنهم من العيش باستقلالية و توفير خدمات اجتماعية تساعد في تحقيق هذه الحياة لهم.

ولا يقتصر دور الإرشاد على توضيح كيفية التعامل مع الطفل ذي الاحتياجات الخاصة فقط بل يشمل توضيح أهمية دور الأبناء و تقبلهم لوجود أخ باحتياجات خاصة في المنزل على هذا الأخ. و في سبيل ذلك يقوم الإرشاد بتوضيح كيفية التعامل مع احتياجات الإخوة و الأخوات و المشاكل التي يواجهونها.

تعريف إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

الإرشاد هو عملية يقوم بها محترفو مهنة الإرشاد من ذوي الخبرة الواسعة لمساعدة آباء الأطفال غير العاديين الذين يعملون نحو فهم أفضل لهمومهم ومشكلاتهم ومشاعرهم، فالإرشاد هو عملية تعلم تركز على النمو الشخصي للآباء الذين يتعلمون لاكتساب الاتجاهات والمهارات الضرورية وتطويرها واستخدامها لحل مشكلاتهم وهمومهم حيث تتم مساعدة الآباء ليصبحوا أفراد يعملون على أكمل وجه لمساعدة أطفالهم والاهتمام بالتوافق الأسري الجيد.

مما سبق يتضح أن الإرشاد هو عملية مساعدة تتم بين متخصص في هذه المهنة ويسمى المرشد والثاني المسترشد والذي يطلب المساعدة للتغلب على المشكلات التي تواجهه وذلك بمساعدة وخبرة المرشد والذي يوجه المسترشد نحو تطوير مهاراته واستخدامها في حل مشكلاته.

المراحل النفسية التي تمر بها الأسرة

1- الصدمة

هي أول ردة فعل للأسرة عندما ترزق بمولود باحتياجات خاصة. تتميز هذه الصدمة بمشاعر القلق، الشعور بالذنب، الارتباك، العجز، الغضب، عدم التصديق، الإنكار و القنوط (فقدان الأمل). و بعض الأهل يغوصون في مشاعر من الحزن العميق و الحيرة و انعدام القدرة على التفكير و الشعور بالحرمان و فقدان شيء عزيز. و في هذه الأوقات تكون الأسرة بأمس الحاجة للدعم و الإرشاد. فتوعيتهم بفرص أبنائهم العلاجية و التعليمية و الاجتماعية هي من أكبر العوامل المؤدية إلى تجاوز الأهل لهذه المرحلة. إلا أن الإرشاد يجب أن يعي مراعاة مشاعر الأسرة و التأكد من وعي الأسرة إلى أن هذه الإعاقة لم تكن نتيجة لإهمال من قبلهم و الابتعاد عن استخدام ألفاظ توحي بالأمر من ضروريات مساعدة الأسرة في تقبل الحقيقة .

2- الإدراك

في هذه المرحلة قد يشعر الأهل بالخوف أو القلق من عدم قدرتهم على أداء الأدوار المتوقعة منهم بالشكل المناسب مما يجعلهم شديدي الحساسية و يقضون أغلب أوقاتهم في الحسرة و الحزن على حالهم و ندب حظهم. إلا أنهم سيدركون وجود شخص بحاجة لعناية مختلفة في المنزل .

3- الانسحاب الدفاعي

في هذه المرحلة يتجنب الأهل تصديق الواقع المؤلم بالنسبة لهم فبعضهم يسعى لإيجاد سكن داخلي للطفل أو ينقطع عن زيارة الطفل في المستشفى. كما يشهد الأهل في هذه المرحلة محاولة التهرب من مواجهة الأقارب.

4- تقبل الحقيقة

في هذه المرحلة يتقبل الأهل الواقع و يبدؤون في شحذ طاقاتهم لمساعدة الطفل. فقد أدركوا احتياجاته و تفهموا حالته و بذلك بدأوا يسعون لتعلم المزيد عن طرق المساعدة و التفاعل أكثر مع البرامج المساندة. هنا يبدأ الأهل في العمل من أجل الطفل و ليس أنفسهم و يبدأ البحث الفعلي عن إيجاد فرص تعليمية و طبية و علاجية و برامج تدريبية و فرص اجتماعية و مهنية.

إن ردة فعل كل أسرة تعتمد على التكوين النفسي للأسرة و مدى الإعاقة و كمية الدعم الذي تتلقاه الأسرة من الأقارب و الأصدقاء و الأخصائيين. و على الرغم من وجود بعض التشابه في ردود الفعل إلا أن الأسر التي تتمتع بوضع اقتصادي و اجتماعي و أسري مريح تكون في الأغلب أقدر على التعايش بشكل فعال مع وجود ظروف خاصة بينما تعاني الأسر ذات الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و الأسرية السيئة من مزيد من الضغوط و المشاكل و عدم القدرة على التكيف. وحتى يتم دعم الأسر و إرشادهم فإن معرفة خصائص الأسر تكون ضرورية.

خصائص العلاقات في اسر ذوي الاحتياجات الخاصة

لقد أثبتت الدراسات أن أسر الأطفال العاديين أكثر استقراراً و أقل تعرضاً للضغوطات من أسر الأطفال المعوقين. إن وجود طفل باحتياجات خاصة في المنزل يؤثر بشكل كبير جداً على نمط حياة الأسرة و بالأخص حياة الأم. ففي أغلب الأسر تكون الأم هي محور التفاعل مع الأطفال عموماً، لذا فهي معرضة أكثر من غيرها للضغوط و الصدمات. وفي مجتمعاتنا تعاني الأم أيضاً من اللوم المباشر أو غير المباشر من قبل الأقارب و المجتمع و أحياناً الزوج أيضاً. فالمجتمع و الأقارب يكونون أحياناً غاية في القسوة على أهل الشخص المعاق و يتهمونهم أحياناً بعدم السعي بشكل جدي لمساعدة أبنائهم أو أنهم هم الذين تسببوا في الإعاقة. أما الأب فإنه يكون أحياناً عامل ضغط على الأم عندما يلقي باللوم عليها و يقلل من قيمة مجهودها أو يحبطها بعدم الجدوى من بذل الجهود لمساعدة الطفل.

ونتيجة للأعباء الإضافية للأم فإنها قد تصبح غير قادرة على أداء أغلب المهام التي كانت تؤديها من قبل. عندها فإن باقي أفراد الأسرة يصبحون ملزمين بأداء مهام أكثر. بالإضافة إلى أن الأسرة إذا كانت تعاني من وضع مادي صعب فإن احتياجات هذا الطفل ستكون عبء إضافي يسبب ضغوط إضافية.

وعندما يكبر الطفل فإن الأم تعاني من التوازن بين فطرتها الأساسية التي تدعوها إلى حماية ابنها و حاجته للاستقلال و تجريب سلوكيات جديدة، خاصة عندما تشاهده يتألم و يفشل لمرات متعددة. في هذه المرحلة تكون الأسرة في بحاجة لدعم من أسر أخرى مرت بنفس التجربة و إرشاد فني متخصص، و دعم من مؤسسات المجتمع في توفير حياة مستقلة للمعاقين.

توفر الأم للطفل ذي الاحتياجات الخاصة وسيلة لتوصيل احتياجاته و تنفيذ رغباته. مما يجعل الأم مشغولة عن باقي أفراد الأسرة و يؤدي بهم ذلك إلى البحث عن مصادر أخرى للتفاعل مع احتياجاتهم كالأصدقاء أو الإخوة و الأخوات الأكبر سناً، مما يؤدي إلى إعطاء سلطة أكبر للأبناء.

أما بالنسبة لمشاعر الأب فعلى الرغم من أن الأم بفطرتها تلعب دوراً أكبر في تربية الأبناء و الاهتمام بكافة أفراد الأسرة، إلا أن الأب يلعب دوراً إيجابياً و فعالاً إذا قرر المشاركة في تحمل بعض المسؤوليات و تقديم الدعم المعنوي للأم، بالإضافة إلى ذلك فإن اهتمامه و حبه ضروريان جداً لإشعار الطفل بالتقبل و إشراكه في العديد من الأنشطة الاجتماعية التي تعجز الأم عن دمج ابنها فيها مثل المناسبات الاجتماعية و الذهاب إلى المسجد.

ردود فعل الإخوة

إن ردود فعل الإخوة و الأخوات إذا علموا بإضافة طفل باحتياجات خاصة للأسرة، لا تختلف كثيراً عن ردود فعل الوالدين، و تتمثل في الخوف و الغضب و الرفض و غيره. إلا أنهم تشغلهم بعض التساؤلات التي قد لا تجد من يتجاوب معها، مثل: ما هو سبب الإعاقة؟ لماذا لا يستطيع الأخ / الأخت التصرف بشكل طبيعي؟ لماذا لا يتم معاقبة الأخ/ الأخت على التصرفات الممنوعة؟ لماذا تهتم أمي بأخي/ أختي أكثر مني؟ كيف أتعامل مع أصدقائي عندما يعلمون بأن لي أخ/ أخت معاق؟ من سيهتم بأخي في حالة وفاة الوالدين؟

وعلى الرغم من أن بعض هذه التساؤلات لا تأتي إلا لاحقاً، إلا أنها تمثل مصدر حيرة وقلق للإخوة منذ سن مبكرة و الذين يتقبلون الحقيقة في نهاية المطاف. وهناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلى تكوين صورة سلبية عن الأخوة ذوي الاحتياجات الخاصة و بالتالي صعوبة في تقبلهم هذه العوامل منها:

1- تقارب السن بين الإخوة يجعل الفروق في القدرات أكثر وضوحاً و محاباة الوالدين أكثر غموضاً بالنسبة للأطفال.

2- أن يكون الأخ أو الأخت ذو الاحتياجات الخاصة من نفس الجنس حيث " يتسم الأخوان المتماثلين في الجنس بمستويات عالية من الصراع، و قد يعود ذلك لكونهم متشابهين مع بعضهم البعض .

3- إذا كان هناك أخ أو أخت أكبر للطفل ذي الاحتياجات الخاصة فإنه يعاني من ضرورة المشاركة في الاعتناء بالأخ ذي الاحتياجات الخاصة مما يعيق الأخ الأكبر من المشاركة في الحياة الاجتماعية على النحو الذي يرغب به.

إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة

بعد تقبل الأسرة لوجود طفل باحتياجات خاصة فيها، فإن أهم عامل في مدى فاعلية تعايشها مع هذا الطفل يكمن في نوعية الخدمات الإرشادية المقدمة للأسرة. فالأهل يرغبون في توفير أفضل حياة ممكنة لأبنائهم، إلا أنهم لا يعرفون بنوعية الخدمات المتوفرة و كيفية الحصول عليها.

إن هدف الإرشاد يتمثل في التأكد من أن ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة و ذويهم يحصلون على أفضل مستوى معيشي ممكن و يتمتعون بفرص تعليمية عالية المستوى و رعاية صحية و اجتماعية مناسبة. لذا فإن من واجبات الإرشاد التأكد من زيادة فاعلية الخدمات المقدمة .

مراحل الإرشاد لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة حسب وقت ظهور الحالة

- أولاً: الإرشاد عند اكتشاف الحالة

عند اكتشاف الحالة تمر الأسرة بمجموعة من ردود الفعل قد تكون الأصعب بالنسبة لهم، لذا تكون الأسرة بحاجة لدعم و إرشاد أكثر من أي وقت أخر. يتمثل هذا الإرشاد في تفهم وضع الأسرة و الحالة التي تمر بها و الاستجابة للحاجات النفسية و مساعدتهم على تقبل الحالة و كيفية التعامل مع الظروف النفسية التي يمرون بها. و إعلامهم بالخدمات المتوفرة و الخيارات المتاحة و كيفية الوصول للخدمات و أنواع الدعم المتوفرة كما يحرص مقدم الإرشاد على الحصول على معلومات عن الحالة و الوالدين و وضع الأسرة. و مناقشة مشاكل الأسرة و اقتراح الحلول كتوفير خدمات نفسية أو مناقشة مشاكل الأخوة في المدارس.

ثانياً: الإرشاد لتنسيق الخدمات و توفير الاحتياجات

لقد بدأت الأسرة تتقبل وجود طفل باحتياجات خاصة في المنزل، و الآن ترغب في الحصول على أفضل خدمات ممكنة. يجب على المرشد في هذه المرحلة إطلاع الأهل على التكنولوجيا المتوفر لمساندة الطفل و التأكد من صلاحية هذه الأجهزة كالسماعات مثلاً.

تطلب الأسر المساندة الفنية كالحصول على أجهزة أو مساعدة في المشكلات اليومية مثل النوم أو التغذية أو التحويل من أجل الحصول على خدمات إضافية و تتيح هذه الفرصة مهمة لبناء الثقة، فمع احترام الالتزامات و تلبية الحاجات، تبنى الثقة.

ويعرف تنسيق الخدمات على أنه :نشاطات تنفذ لمساعدة الطفل المستفيد من تلك الخدمات و تمكينه و أسرته من الحصول على الحقوق و الضمانات الإجرائية و الخدمات.

و مهمة تنسيق الخدمات تشمل تنسيق التقييمات المتعلقة بالطفل و الأسرة و الوصول للخدمات العلاجية و مساعدة الأسر في التعرف على الخدمات المناسبة و الوصول إليها. وعلى منسقي الخدمات التأكد من حصول الطفل على كافة التقييمات التي يحتاجها للحصول على الخدمات المناسبة فيوفر على الأهل الجهد و المعاناة. كما أنه يخطط للخدمات و ينسق بين مواعيدها و ينسق بين الأهل و مقدمي الخدمات و يسعى لحل الأزمات. كما أن من مهامهم التأكد من أجراء خطة فردية خاصة و تطوير هذه الخطة لتتناسب مع احتياجات الطفل المتنامية. وإحدى أهم الوظائف التي يقوم بها منسقو الخدمات تتمثل في إعلام الأهل بحقوقهم و بوجود تجاوزات قانونية خاصة بذوي الاحتياجات الخاصة.

الإرشاد المهني

ويتمثل الإرشاد المهني في مساعدة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة على إيجاد وظائف تكفل لهم الاكتفاء و الإحساس بقيمة أدائهم للمجتمع، لذا وجب على المجتمع توفير إرشاد مهني لهم ليمكنهم من استغلال طاقاتهم و توفير حياة كريمة له يحصدون فيها نتيجة أعمالهم و جهودهم. و لا يتوقف هذا الإرشاد على تحفيز مؤسسات المجتمع على توفير الوظائف لذوي الاحتياجات الخاصة بل يتعداه إلى متابعة أعمال الأفراد و مستوى أدائهم و التفاعل الإيجابي مع احتياجاتهم، كتوفير مواصلات.

الإرشاد الجماعي

إن من أهداف التربية الخاصة مساعدة الأفراد على العيش باستقلال. هذا الهدف لا يمكن تحقيقه بدون توفر أهل واعين و إرشاد متيقظ لاحتياجات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

و يتمثل هذا الإرشاد في توفير وظائف تتناسب و قدرات الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة و السعي لتوفير مساكن رعاية لهم بحيث يسكن مجموعة منهم في وحدة واحدة مع مرشد يقوم بمساعدتهم على تدبر شؤون حياتهم اليومية و التأكد من ذهابهم لأعمالهم في الأوقات المحددة أو تناولهم للأدوية أو تقديم الخدمات المناسبة عند الحاجة.

إرشاد الإخوة

إن أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تعاني بالإضافة لتربية طفل باحتياجات خاصة من أعباء تربية أطفال آخرين، و كثيراً ما تشتكي من المشاكل التي يمر بها الإخوة و الأخوات في حياتهم اليومية و ما يعانونه من ضغوط نتيجة لتراكم مسؤوليات إضافية عليهم. إن إخوة و أخوات الطفل ذي الاحتياجات الخاصة يمرون بمجموعة مختلفة من المشاعر التي تتراوح بين الحب و الكره، المنافسة و الولاء. فهم يمرون بتجارب إما أن تقرب أفراد الأسرة أو تبعدهم عن بعضهم البعض، تتمثل هذه التجارب فيما يلي:

1- مضايقات، في المدرسة من قبل الزملاء.
2- الشعور بالغيرة من الطفل ذي الاحتياجات الخاصة .
3- التمرد على الأسرة لمحدودية الفرص الترفيهية المتاحة .
4- عدم انتظام عادات النوم و الشعور بالإرهاق في المدرسة .
5- وجود صعوبة في إكمال الواجبات نتيجة لانشغال الوالدين .
6- الشعور بالإحراج من تصرفات الإخوان في المواقف الخارجية نتيجة للنظرة السلبية من المجتمع .

وتوفر علاقات الإخوة تفاعلاً جديراً بالاعتبار مع قضاء الإخوة كثيراً من الوقت معاً, و تستمر علاقات الإخوة في إتاحة الفرصة لتعلم العديد من المهارات الاجتماعية المهمة مثل المحاورة، و التفاهم، و حل النزاعات و هذا ما يجعل دور الإخوة و إرشادهم ضروري لمساعدتهم على لعب دور إيجابي في تطور الأخ ذي الاحتياجات الخاصة و تفهم ظروفه و

نموهم هم كأفراد بشكل سوي و طبيعي. و على الإرشاد أن يعي أهمية دور الإخوة و احتياجاتهم و يهيئ الأسرة للتفاعل معها. إذ أن دعم الوالدين و تفهمهم لاحتياجات الإخوة عامل فعال في مساعدتهم على التغلب على مشاعرهم و تجاوز الأوضاع الناتجة عن العناية بطفل ذي احتياجات خاصة. و

وهناك بعض المشاكل التي يمر بها الإخوة و إرشاد الأسر لكيفية التعامل معها:

1- محدودية الوقت و الرعاية من قبل الوالدين.

يشعر بعض الإخوة بالغيرة من الطفل ذي الاحتياجات الخاصة لأنه مركز اهتمام الأسرة مما يسبب لهم تدن في الصورة عن الذات، لذا فإن على الوالدين وضع احتياجات الإخوة أولاً في بعض الأحيان و تحديد وقت خاص بهم و محاولة عدم التنازل عن هذا الوقت بأي حال كما أنه من الأفضل أن يوفروا خيارات رعاية أخرى للطفل ذي الاحتياجات الخاصة كوضعه عند الجدة أو الخالة.

2- لوم الذات

تكون للأطفال الصغار الذين لهم إخوة ذوو حاجات خاصة ردود فعل خاصة إلى حدٍ ما لأنهم يواجهون صعوبة في استيعاب المعلومات المتعلقة بالإعاقة فقد يعتقد الأطفال الصغار أن شيئاً ما قد فعلوه أو فكروا به يكون قد سبب الإعاقة, في هذه الحالة يجب على الأهل استخدام الصراحة التامة مع الأطفال و توضيح أن ما من شخص يمكن لومه على وجود هذه الصعوبات. على الإرشاد أيضاً أن يوضح للأهل أن مدى تقبل الإخوة للطفل ذي الاحتياجات الخاصة يعتمد على مدى تقبل الوالدين و نمذجة هذه المشاعر للأبناء. لذا فإن عليهم أن يوضحوا للإخوة المميزات التي يتمتع بها الأخ ذو الاحتياجات الخاصة. ومن الممكن أن يقوم الإرشاد بتعريف الإخوة على مجتمعات لذوي الاحتياجات الخاصة و الانخراط في أعمال مساندة لهذه المجتمعات.

3- الخوف من مجابهة الأصدقاء

قد يشعر الأطفال بالخجل من أخوتهم الذين يعانون من ظروف خاصة فلا يستطيعون أن يسمحوا لأصدقائهم أن يزوروهم في المنزل، وعلى الإرشاد في هذه الحالة أن يوضح

للأسرة ضرورة مناقشة هذه الأمور مع الإخوة مسبقاً، و تحديد كيفية شرح وضع الأخ لهم. كما أنه من الممكن تنظيم زيارات للأصدقاء في الأوقات التي يكون فيها الأخ في جلسات علاج أو غيرها من الخدمات التي يتلقاها. وعلى الأهل أن يعوا أن للإخوة حياتهم الخاصة التي لا يرغبون في دمج أخيهم ذي الاحتياجات الخاصة فيها، و على الأهل احترام هذه الرغبات.

4- مواقف صادمة

قد تمر الأسرة بمواقف تسبب ضغطاً حاداً جداً، خاصة عندما يتسبب الأخ أو الأخت ذو الاحتياجات الخاصة في إتلاف ملكيات أحد الإخوة، وعلى الأسرة توقع حدوث ذلك و وضع أنظمة تحد من حدوث مثل هذه الحوادث، كحث جميع أفراد الأسرة على إغلاق حجرهم و تزويدهم بمفاتيح لها. و يستحسن أن توفر الأسرة حياة اجتماعية آمنة للإخوة يلجأون لها في حال كانت الأوضاع الأسرية مشحونة جداً أو تشهد الكثير من الضغوط. و قد يكون من المفيد أيضاً المحافظة على روح الدعابة و مساعدة الإخوة على تفهم عدم مسؤولية الأخ عن تصرفاته.

5- عدم كفاية الأنشطة الأسرية.

يعاني إخوة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة من حرمانهم من مزاولة الكثير من الأنشطة التي يمارسها أقرانهم من نفس العمر و في هذه الحالة على الإرشاد أن يدل الأسرة على العديد من الأنشطة التي بإمكان كافة أفراد الأسرة ممارستها و دمجهم مع أسر أخرى تعاني من نفس الأوضاع.

6- الشعور بالذنب من الانفعال على الأخ ذي الاحتياجات الخاصة

على الأسرة توقع حدوث ذلك و عدم لوم الأخوة على مشاعرهم، فالمشاعر القوية تعتبر جزءاً من العلاقات الأخوية المتينة. وعند حدوث مصادمة بين الأخوة على الأسرة أن تشارك في محاولة توضيح وجهات النظر و مساعدة الأخ على تجاوز هذه المشاعر و تدريبه على طرق للمساعدة في الرعاية و تقدير هذه المساعدة ليتمكن من أن يغفر لنفسه انفعاله.

7- الشعور بالإحراج من مرافقة الأخ ذي الاحتياجات الخاصة في الخارج

إن نظرة المجتمع لذوي الاحتياجات الخاصة تؤثر بشكلٍ مباشرٍ في مشاعر الأخوة تجاه

أخيهم ذي الاحتياجات الخاصة. فكلما كانت المشاعر سلبية كلما ازدادت صعوبة تقبل الأطفال لإخوتهم .

وعلى الأسرة شرح أن إعاقة الأخ ظاهرة بينما توجد إعاقات شخصية غير ظاهرة لدى العديد من الأفراد. و أن هذه الإعاقة لا تقلل من حب أفراد الأسرة للأخ مع مساعدة الإخوة على التواجد مع أخيهم في أوضاع اجتماعية يكون الأخ فيها مقبول و مقدر. كما يجب على الأسرة تفهم مشاعر الأخوة و السماح لهم بالتجول بمفردهم بعض الأوقات.

8- المضايقات المدرسية

يميل الأطفال عموماً إلى إيجاد نقاط ضعف في واحد أو أكثر من أفراد المجموعة و يقومون باستغلالها و مضايقة الأطفال أصحاب هذه "العيوب" ليثبتون أنهم أقوى. و وجود أخ باحتياجات خاصة يعتبر أحد نقاط الضعف التي يستخدمها باقي الأطفال. على المرشد تهيئة الأهل لهذا الاحتمال و حثهم على تعويد أبنائهم على كيفية الرد على تعليقات الأطفال و كيفية التعامل معها. كما يفضل أن يقوم الأهل بالتفاهم مع المدرسة و التواصل معها قبل حدوث المضايقات، وعند وجود حالة خاصة في المنزل و رغبة الأهل أن تقوم المدرسة بالمساعدة في بث انطباعات إيجابية عن ذوي الاحتياجات الخاصة فإن للمعلمين و المعلمات دوراً فعالاً جداً في مساعدة الأطفال على التغلب على هذه الأفكار السلبية نحو الإعاقة و النظرة للذات و عدم القلق من ردود فعل الأصدقاء و تقبل كافة أفراد المدرسة للطفل المعاق.

مراحل الإرشاد النفسي لأسر ذوي الاحتياجات الخاصة

عندما تبلغ الأسرة بإصابة أحد أفرادها بعجز ما وأنه يحتاج إلى رعاية خاصة ليواصل سيره في الحياة ويحقق النجاح والإنجاز فإنها تمر بعدة مراحل حتى تصل للتقبل والتكيف، لذا فإننا بحاجة إلى إتباع عدد من الخطوات للوصول بها إلى بر الأمان ومواصلة الإنجاز. وهي:

المرحلة الأولى

مرحلة بناء الثقة: من الضروري بناء علاقة ثقة متبادلة مع الوالدين، وعلى الرغم من صعوبة هذه الخطوة بسبب أن الوالدين يعانيان من مشاعر مختلطة ومعقدة،إلا أنها ضرورية لاجتياز مرحلة الأسى.

وتبنى الثقة بأن تجعل الأمور جميعها واضحة أمامهم، وتشجعهم على التعبير عن مشاعرهم، من قلق أو خوف، أو انزعاج، أو حتى الشعور بالرفض.

المرحلة الثانية

شرح كل الأمور المتعلقة بإعاقة الطفل، والمشاعر التي قد يعانون منها، وشرح التحاليل الطبية، وردود فعل العائلة من المعلومات التي تعطى لها، والمساعدة على فهم مواضع الضعف والأعباء مع الاهتمام بالاحتياجات الإنسانية الطبيعية. كما يحتاج أفراد العائلة أيضا إلى المساعدة والمساندة لتعلم كيفية التكيف مع ظروف الطفل ذو الاحتياجات الخاصة وإرشادهم بالطريقة التي تجعل من العائلة تتحرك في نطاق طبيعي، مثل العلاقات فيما بين أفراد العائلة، الأسباب، النتائج، ووسائل التأقلم.

كما يجب النظر إلى هرم ماسلو عند التعامل مع هذه العائلات لفحص مواطن القوة والضعف، فإذا كانت حالة العائلة الاقتصادية متدنية جدا، فإننا لا نتوقع التزامها بالمراجعات اللازمة بسبب ارتفاع رسوم الخدمات العلاجية في المقابل.

المراحل: الثالثة والرابعة والخامسة

خطة للوصول إلى حلول وبدائل وارتباطات مناسبة للحاجة

المرحلة السادسة

الوصول إلى الحل والتغلب على المشكلة.

إرشاد اسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

أولاً: حاجات أسر الأطفال ذوي الإعاقة العقلية

إن وجود طفل ذو إعاقة عقلية يفرض على والديه وأسرته ظروفا خاصة وحاجات خاصة لمواجهة هذه الظروف والتعامل معها، ويمكن القول بأن وجود مثل هذا الطفل في الأسرة يمثل مصدر من مصادر الضغوط المزمنة والتي قد تتحول إلى أزمات عند نقاط زمنية معينة، وهذا يفرض على الوالدين مجموعة من المهام ويولد لهما مجموعة من الحاجات وقد وصف كل من كاري Careyوولكن wilkinواقع الرعاية المجتمعية للأسر بصيغة روتين العناية اليومية والأعمال المنزلية وإن العبء الأكبر تتحمله الأمهات مع تقديم

الآباء للدعم ومن ثم تأتي الأخوات كما وجد أن الدعم من المصادر الأخرى محدود جدا من ناحية التوجيه والمعلومات والدعم المعنوي والمادي.

إن آباء المراهقين والراشدين المعاقين عقليا مجموعة لا يتم البحث عن حاجاتها في معظم الأحيان، فحاجاتهم والصعوبات التي يواجهونها قد تختلف إلى أبعد الحدود عن حاجات ومشكلات آباء الأطفال الاسوياء، حيث أن نسبة كبيرة من الراشدين وذوي الإعاقة العقلية عاطلون عن العمل أو منهمكون بنشاطات مهنية غير مناسبة وهنالك مشكلة كبيرة يفكر بها الآباء حول مستقبل أنهم عندما لا يعود بمقدورهم تقديم العناية له والتساؤل حول أين وكيف سيعيش طفلهم المعاق في سنين الرشد .

كما أن حاجات واتجاهات أخوة الأطفال المعاقين عقليا قليلا ما يتم الاهتمام بها، فقد عبر الأطفال في دراسة أجريت لهم عن رغبتهم في الحصول على المزيد من المعلومات عن الإعاقة وعن مصادر المساعدة وطرقها، كذلك عبروا عن الحاجة إلى التوجيه فيما يتعلق بسبل التعامل مع الطفل والإرشاد الجيني والتفاعل مع أخوة الآخرين .

هناك بعض الاقتراحات التي قدمها جوردون Jordonحول ما يمكن لمن يساعد الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أن يعمل من أجلهم:

1- إن الآباء يحتاجون من اللحظة الأولى التي يحدد فيها أن الطفل غير عادي إلى خدمات تقدم لها دون الحاجة أن يبحثوا عنها، خدمات تنظم من أجلهم بدلا من أن تكون خدمات يحركونها لأنفسهم .

2- إن والدي الأطفال المعاقين يحتاجون إلى التحدث مع آباء مثلهم لديهم أطفال معوقون حتى ولو كان لمجرد أن يدرك الأب أو الأم أن هناك غيرهما لديهم مثل مشكلاتهم أي لديهم أطفال مثل طفلهم وأنهم يعيشون مع هذا العبء الكبير.

3- إن الآباء يحتاجون إلى المتخصصين الذين لديهم إعداد أكاديمي مناسب ولديهم ثبات انفعالي، وعلى استعداد أن يواجهوا الموقف معهم. وأن يتعاطفوا معهم وينقلون لهم صورة واقعية للحالة الراهنة للطفل المعاق والتوقعات التي يمكن إجراؤها والتكهن بها .

4- ربما تكون أكبر مساعدة أولية يمكن تقديمها للوالدين هو احترام مشاعر الصدمة والخوف والقلق لديهم، ويكون الوالدين بحاجة إلى التعبير عم مشاعرهما أكثر من الاستماع إلى تأكيدات بأن كل شيء سيكون على ما يرام.

يتضح مما سبق بأن الأسرة تحتاج إلى شخص يربط بينها من جهة والخدمات الصحية والاجتماعية والتربوية ويقوم بالتفسير والتوضيح والتوجيه من جهة ثانية،بالإضافة إلى أن الخدمات لن تكون فعالة إلا إذا قدمت المساعدة بشكل منتظم يعتمد عليه وإذا انسجمت مع بنية العائلة وأسلوبها في العيش والتكيف في المجتمع .

ثانياً: المشكلات الخاصة بالإرشاد في مجال الإعاقة العقلية

تختلف الإعاقة العقلية عن أي إعاقة أخرى يمكن أن تصيب الطفل مثل الإعاقات السمعية أو البصرية أو الحركية، فمشكلة الإعاقة العقلية متعددة الأبعاد ولجوانب، فهي مشكلة صحية ونفسية وتربوية واجتماعية وهذه المشكلات أو الأبعاد متشابكة ومتداخلة حيث يعاني الطفل من لعديد من المشكلات في آن واحد، ونتيجة لذلك فإن طبيعة الإعاقة العقلية تفرض مجموعة من المشكلات وهي:

1- مشكلة التشخيص

يعتبر موقف التشخيص واحد من أصعب المواقف التي يتعرض لها الوالدان فعند التوجه بالطفل للطبيب بعد ملاحظة مجموعة من الأعراض البدنية أو السلوكية فإن الوالدين لا يتوقعان تلك الصدمة التي يتلقونها عادة نتيجة إخبارهم بوجود إعاقة لديه ،وفي الواقع فإن الوالدين يكونان في العادة غير قادرين على مواجهة هذه المشكلة بشكل واقعي أو أن ينظروا إليها في صورة بناءة، وبذلك فإنهما يكونان في حاجة إلى المساعدة في التعامل مع انفعالاتهم وكذلك في التخطيط لطفلهم، ويشتمل إرشاد هؤلاء الآباء على تشجيعهم على تقبل التقدير الواقعي للتغيرات التي ستحدث ولتحديد لتوجه المناسب .

وهناك بعض الإرشادات التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في عملية تشخيص الإعاقة العقلية مثل:

1- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفر منها أو عليها ،ويحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو ملله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة .

2- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة .

3- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومباشرة بحيث لا يحتمل السؤال أكثر من معنى واحد، ولا يحتاج الإجابة عليه إصدار تعليمات أو وضع افتراضات .

4- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكاناته، وأن نبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم نتدرج إلى الأصعب ...

5- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محدودة بدقة .

6- أن يراعى عند رصد استجابات الطفل ألا نلجأ إلى تفسير معناها أو الإرشاد إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل تسجل كما هي دون تأويل.

2- الوعي الكامل

أ. إقرار الأب بإعاقة طفله .

ب. معرفة الأب لجوانب القصور في أي علاج .

ج.طلب الأب معلومات عن الرعاية والتدريب المناسبين ووضع الطفل في المؤسسات الخاصة .

3- الوعي الجزئي

1- يصف الأب أعراض الإعاقة ويطرح أسئلة عن أسبابه .

2- يأمل الأب بتقدم حال الطفل ولكنه يخاف من عدم نجاح العلاج .

3- يتساءل الأب عن قدرته الخاصة للتكيف مع المشكلات .

4- يقوم الموظف وعي هذا الأب بمشكلة طفله الحقيقية بأنه وعي جزئي .

4- الحد الأدنى للوعي

1- يرفض الأب الاعتراف بأن بعض الخصائص السلوكية المعينة تعد غير عادية .

2- يلقي الأب باللوم لظهور هذه الأعراض على أسباب أخرى غير الإعاقة .

3- يعتقد الأب بأن العلاج سوف ينتج طفلا عاديا. إن الطبيب في الغالب يقوم بالدور المبدئي للمرشد وهذا المستوى الإرشادي يكون عادة غير مناسب، ويسهم في زيادة الأزمة، وذلك لأن الطبيب غير قادر على التواصل الفعال، ويخلص بعض الباحثين

إلى أن الأطباء تكون لديهم صعوبات في توصيل ظروف العجز للوالدين بل إنهم قد يكونون في بعض الأحيان عوامل في بث الخوف، وكذلك التشويش والتحريف لدى الوالدين.

إن تعدد فئات الإعاقة العقلية، وتعدد الأسباب والعوامل المؤدية إليها ثم تعدد مظاهر الإعاقة وملامحها واختلاف هذه المظاهر والملامح من حالة إلى أخرى، يجعل من عملية تشخيص الإعاقة العقلية عملية صعبة جدا أو معقدة، ويحتاج إلى دقة وذلك لأن تشخيص حالة الطفل بأنه معاق عقليا يعني وضعه في فئة معينة من الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة وتأهيل من نوع خاص وحتى يمكن انتقاء أنواع البرامج العلاجية والتأهيلية المناسبة لهم. بالإضافة إلى أن الأطباء والمتخصصين يجب أن يكونوا عطوفين ويتمتعون بقدرة جيدة على الإصغاء وأن يكونوا قادرين على الاستجابة للحاجات النفسية للأسرة ولا يقتصر دورهم فقط على تقديم المعلومات.

ثالثاً: ردود فعل الوالدين على الإعاقة العقلية

إن كثيرا من الآباء يتوقعون طفلا سليما معافى ويخططون على هذا الأساس، وقبل الولادة لا يفكر الأهل عادة تفكيرا جديا في خطر ألا يكون مولودهم طبيعيا,حيث يشعر بعض الأهل عند إبلاغهم بأن طفلهم معاق عقليا بأنهم لن يستطيعوا أن يحبوه ويرعوه، ولكن هذا الشعور الذي هو رد فعل طبيعي للصدمة، يزول عادة بعد بضعة أيام أو أسابيع وقد تقرر الأسرة ألا تصدق الإنسان الذي شخص الإعاقة العقلية. وتنتقل الأسرة من طبيب إلى آخر على أمل العثور على واحد يمكنه أن ((يعالج)) الطفل وكثيرا ما يفشل الأطباء والأخصائيون الآخرون في أن يفسروا بوضوح، وبطريقة يتقبلها الأهل ما هي الإعاقة العقلية، وكيفية مساعدة الطفل، وعندما يتأكد الأهل أن طفلهم متخلف حقا فإنهم قد يشعرون بالأسى والضياع كما لو أن الطفل قد مات، فالطفل الذي خططوا له وحلموا بمستقبله لم يولد، بل إنهم حصلوا على طفل معاق عقليا لم يكونوا يتوقعونه ولا هم يفهمونه.

ولكن بعض الأهل يستمرون في رفض تصديق أن الطفل معوق عقلياً بالفعل، وقد يرجعون هذه الإعاقة إلى أن طفلهم يواجه مشكلات وصعوبات ولكنه سيشفى منها. وكثيراً ما يرفض أمثال هؤلاء الأهل إرسال ابنهم إلى مدرسة للمعاقين عقلياً ومن ضمن ردود الفعل:

أ. الشعور بالذنب

يشعر كثير من الأهل أحياناً بالذنب اتجاه ابنهم وقد يخالجهم الشك بأن الطفل معوق لأنهم ارتكبوا خطيئة ما وأن ما حصل إنما كان نتيجة مباشرة لما فعلوا أو عقاب سماوي لارتكابهم الخطيئة، ويزيد هذا الموقف من صعوبة تقبلهم الطفل ومساعدته على تحقيق التقدم، وقد تعتقد الأم أن عجز ابنها عن المشي أو الأكل بمفرده ليس إلا عقاباً لها على خطيئتها. ولكي لا ترفض العقاب فإن الأم تقرر عدم تعليم ابنها المهارات، أما الأب الذي يظن أن خطاياه قد فعلت ما فعلت من أذى فقد لا يسمح لابنه بالخروج من البيت تجنباً لأي أذى آخر أو، حادث يحصل للطفل.

وقد يلوم الوالدان أحدهما الآخر أحياناً، وقد يلوم الأجداد الابن أو زوجته على ما حدث وتكون نتيجة ذلك شجارات عائلية لا فائدة منها ويحاول بعض الأهل إبقاء الطفل بعيداً عن اللقاءات عائلية وعند زيارة الأقارب لكي لا يكتشف الأقارب إعاقة الطفل.

وقد يشعر الأهل بفقدان كبير في الثقة بأنفسهم نتيجة إنجاب طفل معاق وبالتالي فإنهم يشكون بقدرتهم على فعل أشياء أخرى بشكل جيد، وقد يصاب الأهل وخصوصاً الأمهات بالاكتئاب نتيجة لهذه المواقف والمشاكل .

ب. الحماية الزائدة

يتجه بعض الآباء إلى الزيادة في حماية ابنهم المعاق عقلياً حيث إنهم يعتقدون أنه من القسوة أن تدفع الطفل المعاق إلى أن يحقق إنجازات يتصورون أنها أكبر من قدراته وإمكانياته، ولذا فقد يستقر في أذهان الآباء حدوداً غير واقعية عن إمكانيات الطفل وقدراته على أداء الوظائف والتي قد تكون أقل من قدراته الفعلية ويعمل الآباء على أن يحتفظوا بالطفل في مدى هذه الحدود.

ويعتقد بعض الآباء أن طفلهم قد يكون موضع سخرية أو استغلال من المجتمع إذا لم يكونوا هناك لحمايته، وإذا ما خاف الوالد على ابنه من المجتمع وعمد إلى حمايته حماية زائدة فإن الطفل لن يكون عاجزاً من الناحية الذهنية فقط بل ومن الناحية الاجتماعية أيضاً .

وهكذا فإن ذوي الاحتياجات الخاصة يمرون منذ معرفتهم بأن طفلهم يختلف عن بقية الأطفال ببعض المشاعر التالية أو بها مجتمعة (كالشعور بالصدمة، الحزن، الغضب،

الإحباط، الخوف، العزلة، القلق، فقدان الثقة بالنفس، مشاعر رفض الطفل، الخوف الشديد من المستقبل، التعب والتوتر).

رابعاً: مجالات إرشاد اسر ذوي الإعاقات العقلية

1- الإرشاد الجيني

يتضمن تقديم المساعدة من قبل المرشد للآباء المتوقع إنجابهم لطفل معاق. وإن الإرشاد الجيني يمكن أن يوفر للآباء معلومات قيمة وصحيحة وبإمكانه تقرير ما إذا كان الطفل سيخلق بشذوذ صبغي من عدمه كما هو الحال في مرض داون سندروم. والهدف من الإرشاد الجيني هو توفير معلومات دقيقة للمسترشدين حتى يتسنى لهم اتخاذ قرار مفيد فيما يتعلق بإنجاب أطفال. فالإجراءات الطبية تستخدم لتشخيصات ما قبل الولادة بصورة متكررة. وتعتبر مفيدة للآباء الذين سبق لهم إنجاب طفل ذي شذوذ صبغي أو عندما تقع الأم ضمن جماعة معرضة للخطر الكبير.

وقد أشار كل من(بيسون ودوجلاس) إلى أن الإجراء الطبي يعتبر ملائماً للحمل في الأسر ذات الماضي الطبي بتشخيص المرض الوراثي، مثل مرض (تايساتش) وهي مادة دهنية في المخ تؤدي زيادة المخزون منها إلى تدهور في الأداء الوظيفي للمخ ووفاة الطفل في العام الأول أو الثاني. وفقر الدم البحري وأنيميا الخلية المجلية وكثير من الأخطاء الوراثية الخاصة بالأيض. يتم إجراء الاختبار الطبي خلال الثلاثة أشهر الثانية من الحمل (16 إلى 18) أسبوعاً من اليوم الأول لآخر دورة شهرية.

ويستغرق إجراء هذا الاختبار حوالي (10 إلى 15) دقيقة، وهذا الإجراء يتضمن استخراج عينة من سائل كيس السائل المحيط بالجنين. فالسائل الذي يحتوي على خلايا جينية يتم تحليله لغرض الشذوذ الصبغي ويحتاج إجراء لاختبارات أيضاً أسبوعين أو 3 أسابيع، وهذا يعطي الأم وقتاً قليلاً للتفكير في الإجهاض في الثلاثة أشهر الثانية إذا كان الجنين غير طبيعي. وهذا الإجراء الذي يطبق في الأسبوع العاشر من الحمل يستخدم نسيجاً إضافياً مطابقاً تماماً لخلايا الجنين الجينية، فالنسيج فيما بعد يحلل للكشف عن الكروموسوم الصبغي الإضافي كالموجود في زملة داونسندروم ويختبر مع العنصر الأساسي في الجينة الموروثة لتحديد أنيميا لخلية المنجلية، أو لإجراء فحص لمرض تايساتش .

إن الإرشاد الوراثي يقوم به مرشد متخصص في الجوانب الوراثية حيث يقوم بمناقشة زوجين أو شخصين ينويان الزواج حول احتمال أن يكون لديهما نسل يعاني من عيوب ترجع لعوامل وراثية ومن ثم اتخاذ القرار المناسب حول إنجاب أطفال من زواجهما.

2- الإرشاد حول الإلحاق بالمعاهد الداخلية

يجب على المرشد أن يهيئ نفسه لمناقشة مسألة إيداع الطفل في معهد مع الوالدين وهذا الإيداع يترتب عليه فصل الطفل عن أسرته وهناك أربعة جوانب تؤثر على التوجه نحو إيداع الطفل أحد المعاهد وهذه العوامل هي:

1- مستوى الإعاقة العقلية لدى الطفل: إنه لمن المعتاد أن يبدأ التفكير في إيداع الطفل إذا كانت أعاقته من النوع الشديد أو العميق حيث تكون حاجات الطفل بعيدة عن أن يمكن تدريبه على الوفاء بها.

2- الحالة الاقتصادية: و لأن الطفل الذي لديه إعاقة عقلية شديدة أو عميقة يحتاج إلى رعاية خاصة ومراقبة فإن الأسرة قد تحتاج إلى إنفاق أكبر لمواجهة هذه الحاجات وحين تعجز مورد الأسرة عن ذلك فإن التفكير يتجه إلى الإيداع في معهد للإقامة والرعاية.

3- ظروف البيئة وإمكانياتها: قد تدعو الحاجة أحياناً إلى إيداع بعض حالات الإعاقة العقلية معها للإقامة شبه الدائمة نتيجة لعدم وجود معاهد في البيئة المحلية (مثلاً قرية صغيرة) وعدم وجود إمكانيات نقل الطفل يومياً إلى معهد للرعاية النهارية وهنا يبدأ التفكير بالبديل المناسب وهو إلحاق الطفل بمعهد داخلي

4- المشكلات السلوكية: تعتبر المشكلات السلوكية عاملاً هاماً يدفع الآباء إلى التفكير في إلحاق الطفل المعاق بمعهد للإقامة الداخلية .

5- ظروف الأسرة: في حالات الأسر التي تعيش درجة عالية من الانضباط بسبب وجود الطفل المعاق فإنها عادةً تفكر في إلحاقه بمعهد داخلي كنوع من أنواع إبعاد مصدر الضغط.

لاشك أن إلحاق الطفل بمركز داخلي وفصله عن الأسرة يمثل مشكلة سواء للطفل أو للوالدين، ويجب على المرشد أن يساعد الأسرة في حل هذه المشكلة والقاعدة الأساسية أن الإلحاق بمعاهد داخلية تبدو الحاجة له عندما تدعو ظروف الطفل إلى خدمات من نوع

يصعب توفيره في الأسرة، أو يكون الطفل قد أصبح يمثل خطراً على نفسه أو على أسرته أو على المجتمع، أو تكون معاناة الأسرة نفسها من وجود الطفل قد وصلت لدرجة تهدد وحدة الأسرة وتوافقها، ويجب ألا يكون التفكير في الإلحاق بالمعاهد الداخلية قائماً على مجرد مستوى الذكاء أو الفئة التصنيفية التي ألصقت بالطفل.

ويقترح (باتشاو وبيريل) خطوط إرشادية للإيداع في المعاهد مثل:

1- يجب أن ينظر للإيداع في معاهد داخلية على أنه الملجأ الأخير الذي تأخذه بالاعتبار فقط بعد أن يصعب الاستفادة من البيئات الأقل تقييداً.

2- إن قرار الإلحاق أو الإيداع بمعاهد يجب أن يكون قراراً مشتركاً يشمل كلاً من الوالدين والمتخصصين المشتركين في الاهتمام بالطفل.

3- إذا كان ممكناً على الإطلاق فيجب أن يستمر الوالدان في اندماجهما مع الطفل وزيارته واصطحابه إلى البيت في عطلات نهاية الأسبوع وغيرها من المناسبات والعطلات.

4- إن لحاجة للإيداع في معاهد يجد طرق الإرشاد:

لا شك أن أسرة الطفل المعاق تكون على صلة بمجموعة كبيرة من الناس أما بحكم العلاقات الشخصية مثلا الأصدقاء والأقارب المباشرين وإما بحكم أنهم متخصصون مهنيون مثل الأطباء والأخصائيين النفسيين والمدرسين وغيرهم. وهؤلاء في الغالب يغمرون الوالدين بمجموعة كبيرة من النصائح غير أن هناك مجموعة من الجوانب يجب على من يساعد الوالدين أن يأخذها في الاعتبار :

1- لا تحاول أن تدعي فهمك التام للخبرة التي يعيشه الوالدان ويمكنك بالطبع أن تكون حساسا متعاطفا نحو الوالدين ومع ذلك فما لم تكن قد خبرته موقفهما فإن عليك أن تكون أمينا معهم .

2- يمكنك في حدود إمكانياتك أن تقدم المعلومات المناسبة والهامة وأن تريح وتساند الوالدين الذين لديهما طفل شديد الإعاقة.

من بين لجوانب التي يجب أن يأخذها المرشدون ومن يعملون في مساعدة الوالدين لاتجاهات التي يتبناها هؤلاء الآباء اتجاه أبنائهم بشكل خاص واتجاه العجز بشكل عام وكذلك مشاعرهم نحو هؤلاء الأبناء، ويجب على هؤلاء المرشدين ألا يأخذوا موضوع

الاتجاهات والمشاعر في شكل قوالب معينة يعممون منها إلى الوالدين والأسر والأطفال المعوقين الذين يعملون معهم. وإنما يجب تقييمهم للاتجاهات والمشاعر قائما على أساس كل حالة وكل موقف على حدة وأن تكون معلوماتهم التي يبنون عليها عملهم قائمة على أساس ما يأخذونه من المتخصصين من معلومات وأن تراجع من جانب كل المهتمين على فترات منتظمة وأن تختار بيئة أقل تقييداً لخدمة الطفل عندما يصبح ذلك ملائماً

3- الإجراءات الإرشادية

إن إرشاد الوالدين يمر عبر العديد من الإجراءات أولها تكوين العلاقة الإرشادية والتي تتم بين المرشد والمسترشد في حدود معايير اجتماعية تحدد ما هو دور كل منهما وتهدف إلى تحقيق الأهداف العامة والخاصة للعملية الإرشادية .

ويعتمد نجاح هذه العلاقة على العديد من العوامل منها: الثقة، والتقبل، وحسن الإصغاء، والسرية، والخصوصية، والاحترام ،والدفء ،و الحب، والحنان، والمشاركة الوجدانية.

وبعد ذلك تأتي عملية تحديد الأهداف ويجب أن يحدد المرشد والمسترشد أهداف عملية الإرشاد والبدء بالأهداف العامة ومن ثم الخاصة وبالتدريج. بعدها يتم جمع المعلومات المرتبطة بالمسترشد ومشكلته وبيئته وهذه المعلومات يأخذها المرشد من الاختبارات والمقاييس التقديرية والمقاييس السوسيومترية. بالإضافة إلى ذلك معرفة المسترشد وشخصيته ومشكلته من كل الجوانب ومن أهله أو زملائه أو بيئته وباستخدام كافة وسائل جمع المعلومات الممكنة مع مراعاة تعددها والشروط العامة التي تكفل نجاحها والثقة في المعلومات، ومن ثم يتم اتخاذ أسلوب لحل المشكلات حيث يقوم المرشد بمساعدة المسترشد على حل مشكلته وذلك من خلال اقتراح عد من الحلول الرئيسية والحلول البديلة ومن ثم يختار المسترشد الحل الأفضل والمناسب له. بعدها يتم تقييم تلك العملية في ضوء نتائجها وآثارها ويشترك في تقييم عملية الإرشاد كل من المرشد وزملائه والمسترشد والوالدين والرفاق. وأخيرا تأتي خطون إنهاء العلاقة الإرشادية.

ومن المهم أن يدرك المرشدون أن العمل مع الوالدين ليس موجها فقط نحوهما ونحو راحتهما أو مجرد إزالة الضغوط الناتجة عن وجود الطفل المعوق وإنما هذا العمل موجها أيضا وبشكل أساسي نحو اندماج الطفل في أسرته وفي المجتمع، وتحسين الاتجاهات نحوه ونحو إعاقته ويشمل هذا العمل الاستفادة من المصادر الاجتماعية المتاحة في المجتمع بأقصى ما يمكن لتحقيق أهداف الإرشاد .

ويجب أن يكون التدخل الإرشادي في وقت مبكر من الأزمة الوالدية والأسرية الناتجة عن تعريف أحد أطفال الأسرة على أنه معوق وبدء ردود الفعل نحوه، فالإرشاد لمبكر من شأنه أن بساعد على الوالدين على التوافق وتقبل الموقف كله كما يعطي نظرة إيجابية للتأهيل في المستقبل .

ويجب أن يتلقى الوالدان مساندة وتعزيزا من المرشد وكذلك معلومات خاصة بالمشاعر المتوقع أن يعيشوها بمجرد دعوة الطفل إلى البيت، وبهذه الطريقة يكون لمرشد قد قدم رعاية شاملة ومتكاملة للأسرة التي ترزق بمولود غير مكتمل ويكون قد سهل توافقهم لطفلهم وتقبلهم غير المشروط لهذا الطفل والمرشد النفسي الذي يعمل مع الوالدين بوسعه أن يستخدم مجموعة من طرق الإرشاد والعلاج النفسي مثل الطرق السلوكية (أساليب العلاج السلوكي) وهذه الأساليب يمكن أن يعلمها أيضا للوالدين للتعامل بها مع مشكلات الطفل. والطرق المعرفية وهذه تشمل تنوعا كبيرا بدءا من أساليب تعديل الاتجاهات وأساليب بث الثقة بالنفس مراعاة تصوير المشكلة وتصحيح الأفكار الخاطئة حول الإعاقة وكذلك أسلو حل المشكلات وأساليب مواجهة الأزمات وخاصة في المراحل الأولى للمشكلة وتشمل هذه الطرق بشكل خاص على المساندة العلاجية ن، ومن ملاحظاتهم هم أنفسهم ومن الوالدين والطفل وبذلك يمكنهم أن يعدوا خططا إرشادية.

توصيات إرشادية للوالدين الذين رزقا بطفل لديه إعاقة عقلية

1- إن أفضل ما يداوي صدمة الآباء عند علمهما بحالة طفلهما هو اللجوء إلى الله سبحانه وتعالى والاسترجاع والدعاء إلى الله أن يلهمهما الصبر على ما أصابهما وأن يعينهما على أن يرعيا هذا الطفل

2- إن يعلم الوالدان أن للرسول (ص) أوصى بأن نرعى الضعفاء وأن رعاية الطفل المعوق واجب على الوالدين .

3- أن يعلم الوالدان أنهما ليسا وحدهما فيم أصابهما وأن هناك عشرات ومئات بل وآلاف من مثل حالة طفلهما .

4- يحسن أن يعبر الوالدان عن مشاعرهما، وأن يعرف كل منهما شعور الآخر إزاء الموقف الذي يمران به، وأن يشجع كل منهما الآخر على عمل شيء إيجابي وأن تكون لهما خططا مشتركة في التصرف وأسلوب منسجم في التعامل مع الطفل المعاق .

5- التحدث مع الأشخاص المقربين في حياة كل إنسان أشخاص يرتاح إليهم ويشعر

بالطمأنينة وهو يتحدث معهم عما يشغله وعما يشعر به ويمكن للوالدين أن يستفيدوا منهم للتخفيف من المشاعر المؤلمة التي تعتريهم .

6- ابحث عن المعلومات حيث أن بعض الآباء يبحث عن كم كبير من المعلومات بينما آخرون لا يفعلون ذلك والمهم هو البحث عن المعلومات الدقيقة .

7- حافظ على نظرة إيجابية لأن النظرة الإيجابية تعتبر واحدة من الأدوات القيمة في حياة الإنسان ليتعامل مع المشكلات .

8- ابحث عن البرامج المناسبة لطفلك فهناك كثير من البرامج التي تساعد المعاقين بتعليمهم أو تأهيلهم أو إرشاد الآباء أو تقديم العلاجات الطبية وجوانب الإعداد البدني وغيرها .

9- تجنب الشفقة حيث أن الإشفاق على النفس ومعايشة الشفقة الصادرة من الآخرين والشفقة على الطفل إنما هي أمور معيقة فالموقف ليس بحاجة إلى الشفقة إنما بحاجة إلى المشاركة الوجدانية .

10- تذكر أن الطفل هو طفلك هذا الشخص الذي تنشغل به إنما هو طفلك أولا وقبل كل شيء ومع التسليم بأن نمو هذا الطفل قد يختلف عن ذلك الذي يمر به الأطفال الآخرون لكن هذا لا يجعل طفلك أقل قيمة أو أقل إنسانية أو أقل أهمية أو أقل حاجة لحبك ورعايتك واستمتع بوجوده فالطفل يأتي أولا وبعدُ ذلك تأتي حالة الإعاقة

وإن هذه التوصيات تعتبر مفيدة وقيمة لأسر ذوي الإعاقة العقلية على أن يتخطوا الضغوط النفسية ويواجهوا المشكلات التي تتعرض لهم في حياتهم وذلك بمساعدة المرشد الذي يتمتع بخصائص شخصية مهنية فعالة والتي تسهم في نجاح العلاقة الإرشادية .

إرشاد أسر الأطفال ذوي صعوبات التعلّم

يعد التعاون بين الآباء والمعلمين لتعزيز التعلّم في المدرسة والبيت ضروري في حالة وجود أطفال ذوي صعوبات تعلم، حيث يساعد هذا التعاون في تخفيف الكثير من المشكلات التي تنشأ خلال مرحلة التقدم التربوي للطفل، فالطفل الذي يعاني من صعوبات التعلّم وأسرته بحاجة إلى مساعدة بهدف المحافظة على العلاقات والبناء الأسري وزيادة فهم أفراد العائلة للطفل وقبولهم لصعوبات التعلّم التي يعاني منها .

أهمية مشاركة أسر ذوي صعوبات التعلّم

لقد ركز العديد من الباحثين على مشاركة أولياء الأمور في كل مرحلة من مراحل العلاج، ابتداءً من مرحلة التعرف إلى مرحلة التقسيم ويظهر دور الأهل على النحو التالي:

1- مرحلة التعرف. ويكون دور الأهل من خلال ملاحظاتهم للإشارات المبكرة لصعوبات التعلّم، والوعي بالخدمات التي ينبغي أن تقدم لهم .

2- مرحلة القياس. ويكون دورهم من خلال جمع البيانات عن الطفل في المنزل وتقديم المعلومات التي تتعلق بالقياس .

3- مرحلة اختيار البرامج . حيث يشارك الوالدين في اختيار البديل التربوي المناسب للطفل، وفي وضع الأهداف التي تتضمنها خطة الطفل التربوية الفردية .

4- مرحلة التنفيذ. وهنا يشارك الآباء في الأنشطة المدرسية، وقد يتطوع لمساعدة المعلم في المدرسة، وقد يشاركوا بالأنشطة المعتمدة على المنزل.

5- مرحلة التقييم. حيث يزود الآباء المعلمين بمعلومات أساسية تتعلق بمدى تقدم الطفل في المهارات الأكاديمية التي يتعلمها وأيضاً المهارات السلوكية .

تكيف الوالدين مع حالة الطفل ذو صعوبات التعلم

إن الأسرة لا تكون متهيئة لاستقبال طفل يعاني من صعوبات تعلميه، فالآباء والأمهات يتوقعون أن يكون لديهم أطفال لا يعانون من مشاكل منذ البداية، وهناك العديد من العوامل التي تؤثر على كيفية تأثر العائلة بوجود طفل ذوي احتياجات خاصة من مثل خصائص الإعاقة و طبعتها وشدتها وخصائص العائلة والخصائص الشخصية لكل فرد من أفراد العائلة بالإضافة إلى التحديات التي تواجهها العائلة، إلا أنه يجب التأكيد على أن كل أسرة تختلف عن الأخرى في نوع ردود الأفعال وحدتها واستمراريتها، حيث تتراوح ردود الأفعال بين مشاعر الحزن والأسى ولوم النفس، والشعور بالذنب والغضب والإنكار، وعملية تكيف الأهل تتضمن النقاط التالية :الإحساس بالمشكلة

و الوعي بالمشكلة، و مرحلة البحث عن السبب، ومرحلة البحث عن العلاج، قبول الطفل.

ويستطيع الأخصائيون توفير الخدمات التالية لأسر الأطفال ذوي صعوبات التعلم:

1- توفير المعلومات الخاصة بصعوبات التعلّم، ومساعدة الآباء على الفهم ومراعاة مشاعرهم فيما يتعلق بمشاكل أطفالهم .

2- التنسيق بين البيت والنشاطات المدرسية .

3- مساعدة الأهل على إدراك أن السلوك الظاهر مهم في علاج الصعوبة التي يعاني منها الطفل، فالآباء بحاجة ماسة لأن يكونوا مهيئين لهذه التغيرات، وان يتم تزويدهم بالاقتراحات لمساعدتهم في أن يتعاملوا معه .

4- مساعدة الآباء على تطوير الاستقلالية لدى أبنائهم .

5- توضيح أساليب العناية الأساسية لكلا الوالدين، بحيث يصبحا أكثر قابلية للتفكير بواقعية حول احتياجات طفلهما والعناية التي يحتاجها.

6- الحصول على الدعم والتعزيز المتواصل من قبل المرشدين، بحيث تزود الأسرة بالعناية الشاملة المتكاملة والمساعدة على التكيف.

استراتيجيات إرشاد أسر ذوي صعوبات التعلّم

تساعد برامج الإرشاد الآباء في التعامل مع مشاعرهم، فهذه البرامج يتم تنظيمها بناء على طبيعة العائلة ومشاكل الطفل وهذه البرامج:

1- **العلاج فردي**: ويكون للطفل وحده، في حالة صعوبة تواجد الأبوين معه (الآباء المدمنين، الكحوليين، الذهانيين، والذين يرفضون الطفل رفضاً باتاً .

2- **العلاج الجماعي للآباء والأمهات**: وذلك للذين يرغبون في الاستفادة من تجارب غيرهم في حل المشكلات الأساسية .

3- **علاج الطفل والوالدين بشكل منفصل**: وذلك في الأسر التي فيها العلاقات متوترة، ويكون من غير المفيد إرشاد الطفل وأبويه سويا.

4- **علاج الطفل ووالديه سوياً**: وهذا يكون للأسر التي يمكنها أن تشارك المعالج دون أي نزاعات أو توتر.

المراجع العربية

- الروسان، فاروق (2000)، مقدمة في الاضطرابات اللغوية، دار الزهراء للنشر والتوزيع: الرياض
- القاسم، أنس محمد (2000). مقدمة في سيكولوجية اللغة، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة، مصر..
- يورو، ديديه (2000). اضطرابات اللغة، ترجمة أنسى القاسم، ط1، عبورات للنشر والتوزيع: بيروت، لبنان.
- جوهانسون، أرينيه (1998). النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة أحمد قاسم، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة. مصر.
- أمين سهير محمود(2000)، اللجلجة أسبابها وعلاجها، ط1 ، دار الفكر العربي: القاهرة، مصر.
- الزراد، فيصل محمد (1990) اللغة واضطرابات النطق والكلام. دار المريخ: الرياض.
- السيد، محمود (1988)، اللغة تدرياً واكتساباً، ط، 1دار الفيصل الثقافية: الرياض.

عبده، داود (1984)، دراسات في علم اللغة النفسي، ط1 ، مطبوعات الكويت: الكويت.

- منصور، عبدالمجيد أحمد (1982). علم اللغة النفسي، ط1، مطابع جامعة الملك سعود: الرياض.

- شقير، زينب محمود (1999) سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. ط1، مكتبة النهضة المصرية: طنطا، مصر.
- القريقوطي، يوسف، والسرطاوي، عبدالعزيز والصحاوي،جميل (2001) المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار العلم للنشر والتوزيع: دبي، الإمارات.
- عبيد، ماجده السيد (200) مدخل التربية الخاصة ط، 1دار الصفا: عمان، الأردن.
- القريطي، عبد المطلب (2001). سيكولوجية ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة وتربيتهم، ط2. دار الفكر العربي: القاهرة.
- الوقفي، راضي (2003). أساسيات التربية الخاصة. جهينة للنشر والتوزيع :عمان.
- جروان، فتحي (1998). الموهبة والتفوق والإبداع. دار الكتاب الجامعي :عمان.
- الروسان، فاروق(1996). سيكلوجيه الأطفال غير العاديين.
- زهران ، حامد (1977) التوجيه والإرشاد النفسي .
- الشناوي ، محمد محروس (1998) تأهيل المعوقين وإرشادهم
- عطا، محمود(1996) .الإرشاد النفسي والتربوي
- الحديدي، منى(1419هـ). الإعاقة البصرية ، دار الفكر للطباعة والشر: عمان.

1. فايد، حسين علي(2001). الاضطرابات السلوكية ، الطبعة الأولى منشورات جامعة حلوان: مصر.

2. العزة ، سعيد حسني (2000) التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقلية والبصرية والسمعية والحركية الطبعة الأولى: عمان .

3- الروسان، فاروق (2000). تعليم المناهج اللغوية والدينية لدى الأطفال. دار الفكر :عمّان

4- كرم الدين ، ليلى.(1995). اللغة عند الطفل. مكتبة أولاد عثمان: القاهرة.

5- نوري القمش، مصطفي (2000).الإعاقة السمعية واضطرابات النطق اللغة. دار الفكر :عمّان

- الروسان، فاروق (2000)، مقدمة في الاضطرابات اللغوية، دار الزهراء للنشر والتوزيع: الرياض

- القاسم، أنس محمد (2000). مقدمة في سيكولوجية اللغة، ط1، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة، مصر..

- بورو، ديديه(2000). اضطرابات اللغة، ترجمة أنسى القاسم، ط1، عبورات للنشر والتوزيع: بيروت، لبنان.

- جوهانسون، أرينيه (1998). النمو اللغوي لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة أحمد قاسم، مركز الإسكندرية للكتاب: القاهرة. مصر.

- أمين سهير محمود(2000)، اللجلجة أسبابها وعلاجها، ط1 ، دار الفكر العربي: القاهرة، مصر.

- الزراد، فيصل محمد (1990) اللغة واضطرابات النطق والكلام. دار المريخ: الرياض.

- السيد، محمود (1988)، اللغة تدرباً واكتساباً، ط، 1دار الفيصل الثقافية: الرياض.

- عبده، داود (1984)، دراسات في علم اللغة النفسي، ط1 ، مطبوعات الكويت: الكويت.

- منصور، عبدالمجيد أحمد (1982). علم اللغة النفسي، ط1، مطابع جامعة الملك سعود: الرياض.

- شقير، زينب محمود (1999) سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين. ط1، مكتبة النهضة المصرية: طنطا، مصر.

- القريقوطي، يوسف، والسرطاوي، عبدالعزيز والصحاوي،جميل (2001) المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دار العلم للنشر والتوزيع: دبي، الإمارات.

- عبيد، ماجده السيد (200) مدخل التربية الخاصة ط، 1دار الصفا: عمان، الأردن.

- سميرة عبداللطيف السعد (1992): معاناتي والتوحد، دار النشر المؤلفة، الطبعة الأولي.

-عبد العزيز ، إلهامي (1999) .الذاتوية لدى الأطفال ، دراسة نقدية ضمن متطلبات الترقية لدرجة أستاذ في علم النفس. معهد دراسات الطفولة.

- عبد الحليم محمد عبد الحليم: الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية. رسالة ماجستير في علم النفس جامعه عين شمس 2004.

- سايمون كوهين وباتريك بولتون: حقائق عن التوحد ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان. سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة. الرياض.
- عكاشة، أحمد (1982): علم النفس الفسيولوجي، الطبعة السادسة: دار المعارف.
- عبدالحليم، محمد عبدالحليم (2004): الذاكرة لدي المصابين بالذاتوية Autism والمصابين بالتخلف العقلي، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- فراج ، عثمان لبيب (2002). الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، الطبعة الأولي. المجلس العربي للطفولة والأمومة.
- فراج ، عثمان لبيب (2001) توحديون ولكن موهوبين. النشر الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ،ع (67) 2: 26 .
- الخطيب، جمال ؛ الحديدي، منى و السرطاوي، عبد العزيز (1992) إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1992م.
- الفرخ شعبان، كاملة و تيم، عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي،ط 1. دار صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- القريوتي، يوسف؛ الصمادي، جميل والسرطاوي، عبد العزيز(1995) المدخل إلى التربية الخاصة. ط1، دار القلم للنشر والتوزيع: دبي.
- القريطى ، عبد المطلب(2005) سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، ط4، دار الفكر العربي :القاهرة.
- الروسان،فاروق (2000). دراسات و بحوث في التربية الخاصة، الطبعة الأولى. دار الفكر: الأردن
- بايولا ج بيكمان (2003): استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى مترجم،دار القلم: دبي .
- جاك سي استيوارت(1993). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، ط1مترجم، ، مطابع جامعة الملك سعود :الرياض.
- حواشين ، مفيد نجيب وحواشين ، زيدان نجيب (2002). إرشاد الطفل وتوجيهه ، دار الفكر العربي: القاهرة .
- روزماري لامبي، ديبي دانيلز مورنج (2001). الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط 1 ، مترجم دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة.
- عبد الباقي إبراهيم، علا (1993). التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها، وإجراءات الوقاية منها، ط 1 مطابع الطوبجي التجارية:القاهرة.
- عيد، محمد إبراهيم (2006) مقدمة في الإرشاد النفسي ، مكتبة الأنجلو المصرية:القاهرة .

- كريستين، مايلز(1994). التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، مترجم. ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع.
- محمود شقير، زينب (2005). أسرتي مدرستي ، أنا ابنكم المعاق. ط2، دار النهضة المصرية :القاهرة.
- مهدي ، ضيف الله(1428هـ) كيف تصبح مرشدا متميزا ، دورة مقدمة لمرشدين الطلابيين في يومي الثلاثاء والأربعاء الموافق 16و2/17/.
- الخطيب، جمال ؛الحديدي، منى و السرطاوي، عبد العزيز(1992) إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1992م.
- الفرخ شعبان، كاملة و تيم، عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي،ط 1. دار صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- القريوتي، يوسف؛ الصمادي، جميل والسرطاوي، عبد العزيز(1995) المدخل إلى التربية الخاصة. ط1، دار القلم للنشر والتوزيع: دبي.
- القريطى ، عبد المطلب(2005) سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم ، ط4، دار الفكر العربي :القاهرة.
- الروسان،فاروق (2000). دراسات و بحوث في التربية الخاصة، الطبعة الأولى. دار الفكر: الأردن
- بايولا ج بيكمان (2003): استراتيجيات العمل مع أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى مترجم،دار القلم: دبي .
- جاك سي استيوارت(1993). إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين، ط1مترجم، ، مطابع جامعة الملك سعود :الرياض.
- حواشين ، مفيد نجيب وحواشين ، زيدان نجيب (2002). إرشاد الطفل وتوجيهه ، دار الفكر العربي: القاهرة .
- روزماري لامبي، ديبي دانيلز مورنج(2001). الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ط1، مترجم دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة.
- عبد الباقي إبراهيم، علا (1993). التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها، وإجراءات الوقاية منها، ط 1 مطابع الطوبجي التجارية:القاهرة.
- عيد، محمد إبراهيم (2006) مقدمة في الإرشاد النفسي ، مكتبة الأنجلو المصرية:القاهرة .
- كريستين، مايلز(1994). التربية المختصة (دليل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، مترجم. ورشة الموارد العربية للنشر والتوزيع.
- محمود شقير، زينب (2005). أسرتي مدرستي ، أنا ابنكم المعاق. ط2، دار النهضة المصرية: القاهرة.

- مهدي، ضيف الله(1428هـ) كيف تصبح مرشدا متميزا، دورة مقدمة لمرشدين الطلابيين في يومي الثلاثاء والأربعاء الموافق 16و2/17/.
- الشناوي، محمد محروس (1998) تأهيل المعوقين وإرشادهم
- عطا، محمود(1996) -الإرشاد النفسي والتربوي .
- السعيد، خالد حمزة(2002). اضطرابات النطق عند الأطفال، مجلة الطفولة والتنمية، ع(5)، م(2).
- سيسالم، سالم كمال(1988).الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين. مكتبة الصفحات الذهبية: الرياض.
- عبيد، ماجدة(2000). تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة دار صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- عبيد، ماجدة(2001) مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة دار صفاء صفاء للنشر والتوزيع: عمان.
- العزة، حسني (2000) الإعاقة السمعية واضطرابات النطق واللغة. الدار العلمية الدولية، ودار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان.
- أسعد، يوسف ميخايل(1988). المشكلات النفسية، دار نهضة مصر للطبع والتوزيع: القاهرة.
- حقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي. مركز الاسكندية: مصر.
- أبو عيطة، سهام (1997). مبادئ الإرشاد التفسي. دار الفكر للطباعة والنشر: عمان.
- الروسان، فاروق؛ سالم، ياسر وصبحي، تيسير (1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. دار الثقافة: عمان.
- الزيات، فتحي (1988). صعوبات التعلم. دار النشر للجامعات: القاهرة.
- كفافي ، علاء الدين (1999). الإرشاد النفسي الأسري. دار الفكر العربي:القاهرة.
- السرطاوي، زيدان (1987). المعاقون أكاديمياً وسلوكياً. دار عالم الكتاب: الرياض.
- داوود، فوزي (1981). مراكز المعوقين عقلياً ، انشاؤها، ادارتها، وزارة التنمية الاجتماعية.
- بني جابر، جودت و عبدالعزيز، سعيد(2002). المدخل إلى علم النفس. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع: عمان.
- سليمان، السيد عبدالرحمن(1999). سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة. ج(1)، مكتبة زهراء الشرق: القاهرة.
- فهمي، محمد سيد(2001). السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث: الاسكندرية.

3. فايد، حسين علي(2001). الاضطرابات السلوكية ، الطبعة الأولى منشورات جامعة حلوان: مصر.

المراجع الأجنبية

-Cook ، E Ruth ، Annette Tessier ، and Diane Klein(1992 (Early Childhood Curricula For Children With Special Needs ، Third Edition .Macmillan Publishing Company ، NewYork.

-Hallahan ، Daniel P. ، James M. Kauffman(1996) Exceptional Learners Seventh Edition. Allyn and Bacon :Boston.

-Hardman ،Michael L. ، Clifford J. Drew ، M. Winston Egan(1996) Human Exceptionality ، Fifth Edition. Allyn And Bacon: Boston.

-Bender ،W.N(1993).Learning Disability: Best practices for professional Philadadelphia:PA ،Butter worth -hen.

-Mercer ،C.R&Meercer.A(1993).ateaching students with learning Problems(3 ed)Mcmillan ،ny.

-Smith ،C.R(1994).Learning Disability ،The Instruction of Learning Task And stetting (3 ed).BostonMA: allyn and Bacon.

-American Association on Mental Retardation) AAMR /(available at : www. Ericec. org/diagests/e637.html.

-Culatta ،R ،.Tompkins ،J ،Wert ،m).2003 .(Fundamentals of special education-what every teacher needs to know .2ed ed .Ohio :Merrill Prentice Hall.

International Standard Classification of Education -ISCED) 1997- .(

-National Joint Committee on Learning Disabilities)1990 .(Providing appropriate education for students with learning disabilities in the regular education classrooms . ASHA 2002 desk reference . Vol .3.

-Kauffman ،J.M) . 1981 .(Characteristices of Children's Behavior Disorder .2ed ed. Columbus . OH :Merrill.

-Benneto ، L. Rogers ، S. (1996); Autism spectrum disorders. In James Jacolison، A.M (Eds.) Psychiatric Secrets. New York ، Hanly and Belfast ، Inc.

- Beth ، A. (1998); the Development of tools for earlier diagnosis of autism is moving quickly. American Psychological Association (APA) ، Nov. Vol. (11) 29.

-Benneto ، L. Rogers ، S. (1996); Autism spectrum disorders. In James Jacolison ، A.M (Eds.) Psychiatric Secrets. New York ، Hanly and Belfast ، Inc.

- Campbell ، M. & Gueva ، J. (1995); Psychopharmacology in child and adolescence psychiatry ، a review of the past seven years. Part 2. Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry ، Vol. 34 ، 1234 -1262.

- David ، L. & Martin ، E. (1995); Abnormal psychology. Third Edition ، New York. London ، W. W. Norton & Company.

- Deuel ، R. (2002); Autism: a cognitive developmental riddle. Journal of Pediatric Neurology ، May. 26 (5) 349 –357

-Ellis ، K.. & Wing ، L. (1990); What is autism? Family Services ، The National Autistic Society.

- Fred ، R. Volkmar ، (1999); Autism and pervasive developmental disorders. Cambridge Monographs in Child and Adolescent Psychiatry ، Cambridge University Press.

Inv: 27

Date:4/2/2014

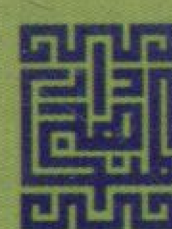
ذوو الاحتياجات الخاصة

التعريف بهم وإرشادهم





ISBN 9571814999-7



دار المناهج للنشر والتوزيع
Dar Al-Manahej Publishers

عمان-شارع الملك الحسين- عمارة الشركة المتحدة للتأمين
تلفاكس ٤٦٥٠٦٢٤ ص. ب ٢١٥٣٠٨ عمان ١١١٢٢ الأردن

Info@daralmanahej.com
WWW.daralmanahej.com